

610.5  
A595  
M2  
06

# ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Publiées par

M. LANNOIS — P. SEBILEAU

H. BOURGEOIS — F.-J. COLLET — E. ESCAT

P. JACQUES — G. LAURENS

L. BALDENWECK — G. CANUYT — J. TERRACOL

RÉDACTEUR EN CHEF

A. HAUTANT

Avec la collaboration de

A. BLOCH — L. DUFOURMENTEL — M. JACOD

J. LE MÉE — A. MOULONGUET — J. RAMADIER

Tome XLIX — N° 1 — Janvier 1930

MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

# ECZÉDA

POMMADE POLYRÉDUCTRICE

Ne provoque jamais d'irritation

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS CUTANÉES

ECZÉMA des narines

IMPÉTIGO du nez

et du pavillon de l'oreille

ÉCHANTILLONS : Laboratoires GOBEY, 89, rue du Cherche-Midi — PARIS, VI

**Ets G. DUFLLOT** (Anc<sup>ne</sup> Maison LÉZY)  
Constructeur

Métro : GLACIÈRE 17, Rue Maurice-Mayer - PARIS (13<sup>e</sup>) Tél. : Gob. 07-43



**Le COMBINOSTAT** : Appareil universel du praticien pour : CAUTÈRE, LUMIÈRE, MASSAGE, CHIRURGIE, AIR CHAUD, INSUFFLATION, ASPIRATION, GALVANIQUE (sans pulsations), FARADIQUE, etc...

**DIATHERMIE** : " UNIVERSEL STANDARD " pour toutes applications en DIATHERMIE et TENSION ; donne l'étincelle et l'effluvation froides.

**ULTRA-VIOLET** : La lampe L. D. G. spécialement étudiée et conçue pour les applications locales et intra-cavitaires de l'ultra-violet en O. R. L.

Toutes notices et renseignements sur demande

ES

S, VI





Medical  
Books  
9-6-38  
75239

## MÉMOIRES ORIGINAUX

### LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE (1)

#### LES DROITS ET LES DEVOIRS DU CHIRURGIEN

Par M. le Professeur **PIERRE SEBILEAU**

La chirurgie doit secourir tous ceux que les blessures, les infections, les tumeurs, les processus inflammatoires, les lésions cicatricielles, les malformations congénitales ou acquises mettent en danger de mort, en état de souffrance, en mal d'impotence, en simple diminution de valeur anatomique ou fonctionnelle. Tant qu'elle s'exerce dans le respect des lois sociales, il n'est d'autre barrière à son intervention que le libre consentement à l'acte opératoire du patient qui est appelé à le subir, et l'attentif examen de cet acte opératoire par le chirurgien qui est appelé à l'exécuter. En réalité, une fois donné cet acquiescement du malade, préalablement informé des risques auxquels il s'expose, le problème consiste pour le chirurgien à mettre en balance, aux yeux de sa conscience professionnelle, l'ensemble des avantages et des dommages qui, pour l'opéré, peuvent découler de son intervention, car, il faut bien se mettre en l'idée que cette intervention, pour aussi simple et aussi bénigne qu'elle soit scientifiquement cataloguée, n'est jamais sans faire courir quelque danger à celui sur lequel elle s'exerce.

Si le malheur voulait que la chirurgie revînt à ce qu'elle était il y a quelque cent ans, où, par les complications qu'il entraînait si fréquemment, l'acte opératoire était redoutable, il n'y aurait guère d'autres interventions chirurgicales à pratiquer, pour demeurer dans les limites de la sagesse, que des interventions de nécessité dirigées contre des maladies menaçant la vie ou rendant son exercice pratiquement impossible. Mais la découverte et l'usage de l'asepsie, les progrès de la technique, le perfectionnement de l'éclairage et de l'instrumentation, la discipline des manœuvres opératoires ont élargi considérablement le domaine de la chirurgie, non seulement en faisant passer dans le groupe des opérations de nécessité des opérations qui n'eussent été autrefois que des actes téméraires, mais encore en créant, à côté des opérations curatrices, des opérations préventives, des opérations améliorantes, des opérations morphologiques, des opérations cosmétiques.

(1) Préface à la Monographie du Dr L. DUFOURMENTEL, la Chirurgie correctrice du Nez (*Les Presses Universitaires de France*, 1929).

La chirurgie n'a d'ailleurs pas attendu, pour réaliser des opérations de simple utilité, que l'évolution des siècles eût rendu ces opérations quasi-inoffensives. Il y a longtemps que, par des ténotomies régionales, on a redressé des pieds bots dont la malformation n'empêchait point de marcher, et des cous tordus dont le déséquilibre n'entravait sérieusement aucune fonction ; longtemps qu'on a sectionné des prépuces et qu'on s'est essayé à recanaliser l'extrémité antérieure de l'urètre, alors que ni le phimosis ni l'épispadias antérieur ne sont un obstacle absolu à la fécondation non plus qu'au coït ; longtemps qu'on s'est appliqué à remplacer des cicatrices disgracieuses par des tissus souples ; longtemps qu'on a redressé le genu valgum par ostéoclasie et qu'on a brisé un cal vicieux pour rectifier l'orientation d'un membre déformé mais parfaitement utilisable.

Pour ne parler que de la correction des dysplasties faciales, comment ne pas rappeler ici qu'à l'époque la plus reculée de l'histoire de l'Inde, d'habiles empiriques, des artistes potiers, prélevaient sur la région frontale des lambeaux de peau qu'ils rabattaient entre les joues pour refaire un nez aux suppliciés sur lesquels il avait été rasé par autorité de justice ; que Celse, médecin du siècle d'Auguste, pour réparer les pertes de substance de la face, inventa la migration artificielle des téguments qu'il faisait glisser, après les avoir libérés, sur les surfaces à recouvrir ; qu'au siècle de la Renaissance (en 1597), le grand magicien des opérations anaplastiques, l'illustre Tagliacozzi (*Non modo tu princeps sed Deus artis eris*), répandit sa célébrité par le monde en créant ou en réparant des nez par le moyen de pièces cutanées qu'il prélevait sur le membre supérieur selon la méthode qu'avait imaginée quelques années avant lui le Sicilien Antoine Branca ?

C'est précisément pour ces interventions que ni la gravité des lésions ni la cruauté des troubles fonctionnels ne rendent proprement indispensables, mais dont les indications reçoivent à l'heure actuelle un si puissant renfort de la bénignité habituelle des opérations de la chirurgie, que risquent de s'enchevêtrer dans l'esprit du public, amené quelquefois par les événements à en apprécier la légitimité, la lettre, l'esprit et l'interprétation des lois, les droits de l'opéré, les droits et les devoirs du chirurgien.

Du droit qu'a chaque citoyen de disposer de lui comme bon lui semble, il n'y a pas à disconvenir. Il est défendu à la femme de se soumettre à des manœuvres abortives, au soldat de se mutiler, car se sont là des crimes contre la société qui dépassent la personne de celui qui les commet ; mais nulle autre prescription légale n'entrave ni ne limite le droit de propriété corporelle. Le commun dit : *Je suis maître de ma peau*. La loi ne punit pas le suicide. Celui qui, voulant se tuer, manque son coup et reste à la société, n'a pas à répondre devant celle-ci de sa tentative avortée. Même la mort arrête l'action de la justice. Celui qui se tue après avoir commis un crime échappe à la marque infamante de la condamnation. Il n'est donc pas douteux que tout sujet qui porte en son organisme quelque disposition anatomique ou quelque trouble physique entraînant préjudice, que ce préjudice soit d'ordre physique ou d'ordre moral, qu'il réside en douleurs, en impotence, en dimi-

nution de valeur sociale, en froissement d'amour-propre, en perte d'énergie ; il n'est pas douteux, dis-je, qu'un tel sujet a le droit d'en appeler à la médecine et à la chirurgie de la dysplastie organique qui empoisonne sa vie, même quand cette dysplastie ne met aucunement en jeu ni son existence ni les fonctions fondamentales de l'économie.

Mais où commencent et où s'arrêtent les droits du praticien dans la correction de ces petites et grandes infirmités congénitales ou acquises ?

Aucune disposition légale ne règle ni ne borne l'exercice de la médecine. Pourvu de son diplôme qui lui confère l'exclusivité professionnelle et protégé par la loi qui défend ses prérogatives, le médecin ne doit de compte qu'à sa conscience. Il est lié vis-à-vis de celle-ci par le serment d'Hippocrate qu'il prête moralement le jour où il reçoit son titre de docteur. Ainsi il établit son diagnostic et ordonne sa thérapeutique dans la plénitude de son indépendance et de son autorité. La défense que lui fait la loi d'hériter du patient qu'il a soigné pendant la durée de sa dernière maladie et l'obligation qu'elle lui impose du secret médical augmentent encore cette indépendance et cette autorité. Elles grandissent sa personne morale en le plaçant professionnellement au-dessus du soupçon qui pourrait éventuellement se développer autour d'un pouvoir aussi étendu.

Mais, comme tout citoyen, le médecin est comptable, devant la justice de son pays, du préjudice qu'il peut éventuellement causer à autrui, non pas certes dans les insuccès et les déboires éventuels qui éclatent immanquablement dans l'exercice normal, régulier, attentif et scientifique de sa profession, car il n'est point, hélas ! en son pouvoir de faire en tout temps des miracles, ni d'arrêter à tout coup la mort, ni de juguler les maladies, ni même toujours de les reconnaître à temps et à coup sûr, mais bien par suite de ce que les tribunaux ont coutume d'appeler une « *faute lourde* ». La faute lourde, c'est une grave erreur technique, une négligence certaine, une évidente imprudence, un sérieux manquement aux obligations professionnelles, une grave méconnaissance des choses de la thérapeutique.

Cette faute lourde est si rarement relevée à la charge des médecins et des chirurgiens, que les procès qu'elle pourrait éventuellement engendrer sont très rares. Il n'est guère de malades, ni de familles de malades qui, dans les jours de tristesse et de déception où, les événements ayant déjoué les prévisions optimistes, le succès n'est pas venu couronner les efforts du praticien, ne rendent justice à son dévouement et ne lui tiennent compte, sous forme de reconnaissance, de ce qu'il a su donner de sa science, de son cœur, de son temps, de sa volonté de triompher.

Cette faute lourde, quand il la commet, le médecin n'ignore pas qu'il en doit compte à qui de droit ; il ne cherche point à se soustraire aux conséquences qu'elle comporte ; il ne sollicite nul privilège ; il reconnaît pour sienne la juridiction commune ; il a confiance dans l'intégrité, l'indépendance et la noblesse de ceux qui, pour lui comme pour les autres, ont mission de rendre la justice. Mais il voudrait que tout ce qui, dans ses actes professionnels, relève proprement de la discipline médicale, ne fût soumis à la sanction du

tribunal qu'après avoir été soumis au jugement technique de ses pairs. Il estime, s'il y a eu faute de sa part, que ces derniers seuls ont qualité pour en étudier et en comprendre la genèse, le développement et la conclusion. Il faut, en effet, avoir vécu de longues années dans cette magnifique carrière médicale qui, malgré le caractère vénal qu'elle revêt aux yeux de quelques profanes incapables d'en sentir la douloureuse beauté, n'en reste pas moins, pour la plupart d'entre nous, un apostolat chargé d'émotions et d'angoisses ; il faut, dis-je, avoir vécu de longues années dans la médecine, pour comprendre les insurmontables difficultés de certains diagnostics, de la précision desquels dépend pourtant la sécurité du traitement, les hésitantes méditations du chirurgien devant des indications opératoires obscures, alors que de la décision à prendre peut résulter la mort ou la vie, les émotions successives de l'opérateur, alors qu'au cours des grandes interventions mille dangers imminents menacent le patient. Les plus clairvoyants, les plus instruits, les plus indépendants de ceux qui ne sont pas des médecins sont vraiment dans l'impossibilité de juger des actes médicaux ; je crois même que rien à cet égard ne fausse plus sûrement le jugement que ce superficiel vernis de connaissances médicales, rempli de craquelures, qui est rythmiquement répandu dans le public par les soins de la radio-diffusion et les articles parascientifiques publiés à l'usage des gens du monde dans les quotidiens politiques. *« De toutes les sciences appliquées, disait Verneuil, la médecine est la plus difficile et c'est celle sur laquelle tout le monde se croit capable de discourir, je devrais dire plutôt de divaguer. »*

On parle de faute, d'erreur médicale. Il n'est guère d'être humain qui ne se trompe, un jour ou l'autre, dans l'exercice de sa profession, si habile et si consciencieux qu'il y soit. L'ouvrier d'art brise ou détériore un objet précieux ; l'as du volant précipite sa voiture dans le fossé de la route ; le comptable oublie un chiffre ou néglige une virgule ; l'antiquaire achète très cher une œuvre truquée ; le paléontologue affirme sa foi dans Glozel ; l'avocat perd une bonne cause pour l'avoir mal plaidée ; le magistrat intègre rend un mauvais jugement ; le juré débonnaire condamne un innocent. Il y a en nous tant de faiblesse ! Nous dépendons de tant de contingences ! Nous sommes tellement le jouet de tout ce qui vit et se passe en nous et autour de nous, engendrant les défaillances momentanées de notre corps et de notre esprit ! Le malheur est que la faute, l'erreur médicale, s'exercent sur la précieuse matière que sont la vie et la santé, et que les dommages qui en résultent ne sont ordinairement pas réparables. Voilà pourquoi, si elle a le droit de les traiter avec sévérité, la justice a aussi le devoir de les examiner sans passion, dans la pleine connaissance des conditions où elles ont été commises, conditions dont ceux-là seuls sont capables de comprendre le caractère et de mesurer l'importance, qui ont vécu dans le milieu où elles peuvent se produire.

Cette « faute lourde » du praticien, particulièrement en ce qui concerne l'exercice de la chirurgie, il n'est pas possible de la définir ici, dans cette préface qui ne vise que des faits généraux ; elle n'est qu'une question d'es-

pèces. Mais il est arrivé qu'on l'ait invoquée contre des chirurgiens de valeur et de conscience jugés coupables, pour avoir pratiqué sur des patients, non seulement consentants, mais encore suppliants, des opérations cosmétiques que ne paraissait pas justifier une indication proprement thérapeutique.

Existe-t-il donc — bien entendu dans le domaine du bon sens et des possibilités techniques, et dans le cadre d'une chirurgie honnête, scrupuleuse, désintéressée — des opérations illicites qui, pour ne pas avoir directement trait à la conservation de la vie et à la sauvegarde de la santé, sont par définition des opérations défendues, tombant sous le coup de la loi des « coups et blessures volontairement faits à autrui », qu'elles aient, ou non, réalisé l'objectif qu'on attendait d'elles ? Je dis : « qu'elles aient ou non réalisé l'objectif qu'on attendait d'elles », car il n'est pas possible d'admettre qu'une action mauvaise en soi et condamnable devienne une bonne action et louable quand elle n'entraîne aucun dommage ni préjudice.

Cette question des opérations illicites, condamnées par quelques-uns sous le nom d'opérations de complaisance, n'est pas une question nouvelle et je me souviens que, du temps où je faisais mes études, elle souleva entre nos chefs un débat assez ardent qui eut sa répercussion dans tout le monde médical et se propagea naturellement jusque dans les salles de garde dont je faisais alors partie. C'était en 1885. Au mois d'août, s'ouvrit à Grenoble la 14<sup>e</sup> session de l'Association française pour l'avancement des sciences. Le professeur Verneuil <sup>(1)</sup> qui la présidait et dont je devais devenir l'interne deux ans plus tard, y fit, dans un discours tout plein de cette verve d'enfant de Paris qu'il conserva jusqu'à la fin de sa vie, le procès des gens du monde qu'il accusa de méconnaître à la fois la chirurgie et ses artisans, raillant assez cruellement leur incompétence en la première, l'injustice et la légèreté de leur jugement sur les seconds. Puis, en contre-partie, le professeur Verneuil se mit à faire entendre à ses confrères ce qu'il dénommait des « avertissements utiles ». Avec une véhémence de paroles qui surprit tous ses élèves, car si nous le savions un peu batailleur, nous savions aussi qu'il était sans haine ni amertume, il sonna la charge contre le « prurigo secandi », s'indignant contre plusieurs opérations nouvelles et plusieurs instruments nouveaux, protestant qu'on pratiquait trop de trépanations, trop de ténotomies, trop de résections, trop de curettages, trop d'opérations pelviennes et s'élevant en particulier contre les interventions de complaisance auxquelles il sembla ne trouver guère d'autre indication que celle « d'empocher des sesterces ».

Ce réquisitoire eut un grand retentissement et provoqua de nombreuses protestations qui s'exprimèrent dans les journaux médicaux, les journaux scientifiques et littéraires, les journaux politiques. Le professeur Trélat <sup>(2)</sup>, en porte-parole des jeunes chirurgiens, y répondit dans une belle leçon d'ouverture faite à la Charité, leçon dans laquelle il traça « un large et vivant

<sup>(1)</sup> A. VERNEUIL, compte rendu de l'Association française pour l'avancement des Sciences (1885), p. 10, chez Masson, Paris, 1886.

<sup>(2)</sup> U. TRÉLAT, l'art chirurgical, *Revue Scientifique*, 1885, n° 7.

tableau des récentes conquêtes de la chirurgie » ; Verneuil s'expliqua lui-même au début de l'année scolaire, dans une leçon faite à la Pitié, sur ce qui, dans son discours de Grenoble, avait paru excessif, et A. Dechambre <sup>(1)</sup>, dans un charmant article, arrangea les choses avec esprit, assurant ses confrères que si l'allocution de Grenoble avait été un peu sévère, c'est que celui qui l'avait prononcée s'appelait Aristide de son prénom.

Le professeur Verneuil était à la fois un grand savant et un chirurgien audacieux. Il avait été un des premiers à admettre l'infection des plaies par le chirurgien et à réaliser, partiellement du moins, la pratique du Listerisme, le premier peut-être à dénoncer la nature infectieuse du tétanos et sa propagation par l'appareil instrumental des vétérinaires ; mais il faut bien dire qu'en fait il n'avait pas su se débarrasser complètement d'anciennes habitudes qui donnaient au résultat de ses interventions un certain caractère d'incertitude. Aussi, dans la grande probité qu'était la sienne, se refusait-il à toute opération qui ne se présentait pas à ses yeux comme une opération nécessaire ; cela faisait dire de lui, comme il s'en plaignait lui-même, qu'il était « hostile au progrès et qu'il entravait en France l'essor de la chirurgie contemporaine ». Ce reproche lui était très sensible et il s'en irritait un peu, car il était réellement et se sentait un des conquérants de l'art chirurgical.

Il est, en effet, certain, comme je le disais au commencement de cette préface, que beaucoup d'opérations cosmétiques ne trouvent leur justification que dans l'extrême bénignité de leurs suites. On en peut dire autant, d'ailleurs, de certaines interventions chirurgicales dont l'effet tient le milieu entre la curation et la prophylaxie, l'appendicectomie à froid, par exemple, la myomectomie de petits fibromes utérins arrêtés, l'ablation de lipomes inoffensifs, etc.

Mais puisque aujourd'hui l'acte opératoire est devenu une chose donnant, en règle générale, une si grande sécurité, il n'est tout de même pas possible qu'on n'en tienne pas compte dans le jugement qu'on porte sur le droit que le chirurgien peut avoir ou n'avoir pas de pratiquer une intervention chirurgicale que sa conscience lui commande ou lui permet, même si cette opération n'entre ni dans la catégorie des opérations indispensables, ni même dans celle des opérations nécessaires.

Je reconnais volontiers que, suivant les personnes auxquelles elles s'adressent, un certain nombre d'opérations esthétiques peuvent blesser un peu le sentiment commun et heurter même sinon les idées, du moins les habitudes chirurgicales d'un certain nombre d'entre nous qu'emprisonne la tradition. Mais savons-nous toujours si, dans la décision que prennent nos patients de se soumettre à une épreuve qui ne va jamais pour eux sans quelque risque (ne serait-ce que celui d'un échec cosmétique), n'existe pas quelque nécessité vitale ? On sait combien est exigeant sur la question de l'âge, des qualités du visage, de la tournure du corps et de tout ce qui constitue le prestige physique, le commerce parisien, le commerce de luxe surtout, et

(1) A. DECHAMBRE, l'art chirurgical, *Gazette hebdomadaire*, 27 novembre 1885, p. 773 et *Mém. de Chir.*, de Verneuil, t. IV, p. 29, chez Masson, Paris, 1886.



avec quelles difficultés les gens arrivés au seuil de la vieillesse se maintiennent dans leurs places. Est-il donc possible, rien qu'en songeant à cela, de considérer comme une faute de tendre une joue qui s'affaisse, de diminuer un menton qui se dédouble, de réduire une masse de graisse qui s'accumule, de remonter un sein qui s'effondre, d'effacer des rides qui se creusent ?

Et il ne doit pas être ici question seulement des dysplasties de la maturité consécutives aux usures de la vie. Qui de nous ignore avec quelle rigueur s'exerce cette ironie sans pitié des jeunes les uns vis-à-vis des autres quand elle s'adresse aux troubles cosmétiques du visage et quel chagrin elle est capable d'engendrer dans l'âme de ces innocentes victimes de l'hérédité ou des accidents ? J'ai connu des jeunes gens que leurs camarades n'appelaient jamais autrement que « tourne-gueule, vire-œil, bouche-en-cul, pied-de-marmite, contre-vent » ; ceux-ci en étaient affectés ; leurs parents l'étaient davantage encore. Il ne serait donc pas permis de remédier à ces déformations de la bouche, du globe oculaire, du nez, des oreilles qui, dans les jeunes années, provoquent la risée et, plus tard, risquent de gêner l'établissement !

Puis-je ici parler des choses de l'amour et du ménage ? Le désir et le besoin du rapprochement sexuel ne justifient pas seulement des opérations génito-fonctionnelles, comme la cure du phimosis et celle de l'épispadias (infirmités d'ailleurs compatibles avec un acte génital efficace), ils conduisent aussi à des interventions cosmétiques du tronc et de la face qui n'ont d'autre but, pour les deux sexes, que d'augmenter l'attrait de l'un pour l'autre, et de permettre les unions qui sans elles seraient irréalisables. La chirurgie restauratrice devient ainsi un facteur de maternité. Il m'est arrivé plusieurs fois de réséquer, sur des cous de jeunes filles nubiles, des cicatrices de brûlures simplement disgracieuses qui ne déterminaient aucune gêne fonctionnelle. Ai-je donc ainsi manqué à mon devoir ? En pareille matière, il ne serait pas mauvais de demander au sujet son avis.

Pendant la guerre, un colonel, guéri des blessures graves qu'il avait reçues sur le corps, vint, au cours de sa convalescence, me demander de donner à son nez le profil aquilin dont il n'était pas pourvu. C'était pourtant l'époque où les petites choses ne comptaient pas ; mais le colonel, avant de retourner au front, allait épouser une femme à laquelle il voulait plaire ! Les grands mutilés de la face devant lesquels je discutais avec leur officier des indications de cette opération purement esthétique trouvaient sa préoccupation futile et ridicule. Et lui, qui était amoureux, oubliait ses anciennes blessures et celles qu'il était appelé à recevoir encore ; il n'avait, pour l'heure, d'autre préoccupation que les qualités de son visage. J'ai fait de cet homme un heureux, je ne le regrette pas.

Il n'appartient à personne de déclarer *a priori* que telle opération, parce qu'elle n'a pas un caractère curatif, est une opération inutile et, par conséquent, illicite. Ce qui paraît inutile à l'un peut paraître utile à l'autre et chaque individu a seul qualité pour apprécier ce qui lui convient ou non.

Il faudrait biffer du répertoire chirurgical un grand nombre d'actes opératoires si l'on n'admettait plus comme légitimes que ceux-là seuls qui visent

à empêcher ou à retarder la mort. Or, une fois admis que le domaine de la chirurgie s'étend au delà de ce territoire qui est évidemment sa partie la plus belle et la plus glorieuse, il n'y a pas de raison pour qu'on proclame une opération blâmable en soi sous prétexte qu'elle n'a pas directement trait à la conservation de la santé. Le médecin seul, selon les ordres que lui donne son for intérieur, reste le juge des opérations qu'il doit déconseiller et, au besoin, refuser.

Un seul exemple, à mon avis, suffit pour illustrer cette longue discussion déontologique : que seraient devenus tous nos grands mutilés de la guerre si, après avoir guéri leurs blessures et assuré, dans la mesure de nos possibilités, la restauration fonctionnelle des organes cicatrisés, nous nous étions refusés, pour raison d'inutilité, à pratiquer sur eux toutes ces belles et difficiles opérations réparatrices qui leur ont donné forme humaine ? Objectera-t-on que la chirurgie réparatrice est licite et que la chirurgie cosmétique ne l'est pas ? Mais entre l'une et l'autre il n'est point de distinction à faire ; elles poursuivent le même but : l'une corrige les désordres des accidents et des maladies, l'autre les désordres de la nature.

Mais dans l'exercice des droits que lui confère sa conscience professionnelle, droits contre lesquels ne prévaudront jamais les erreurs intermittentes et isolées d'une juridiction dont les bonnes intentions risquent, comme toute chose humaine, de porter à faux, le chirurgien doit attentivement surveiller les devoirs qui lui incombent. Cette chirurgie des améliorations physiques exige, de la part de ceux qui la pratiquent, plus de sagesse encore que de dextérité. Du fait qu'elles ne sont pas, au sens propre du mot, nécessaires, les opérations qu'elle exécute commandent beaucoup de prudence. Le patient qui les sollicite ou à qui on les conseille doit toujours être informé du risque qu'il court, dût-il, par ce simple fait, être découragé et ne plus poursuivre son projet d'arrangement cosmétique. Il se déroule, autour de l'acte opératoire le plus simple, tant de contingences indépendantes de la valeur technique, de la conscience et de la surveillance de l'opérateur ! Cet acte opératoire, par les multiples concours que réclament sa préparation et son exécution, comporte la coopération de tant d'activités isolées ! Qu'on n'oublie pas non plus que chaque individu est bactériefère par sa peau et la muqueuse de ses cavités naturelles, et que toute solution de continuité de l'appareil de recouvrement est une porte éventuellement ouverte à l'infection.

Autre chose : un certain nombre de patients qui sollicitent du chirurgien des opérations esthétiques sont des toqués, des obsédés. Ils ont une idée fixe dont rien ne les peut guérir, une opération moins que tout le reste. Ils se découvrent des difformités qu'ils n'ont pas ou grossissent démesurément celles qu'ils portent. Le miroir ne les quitte pas. Ils se contemplent sans cesse et vous montrent de bonne foi, glace en mains, des dysmorphologies purement imaginaires. Après une intervention chirurgicale, ils en demandent une autre, puis une autre encore, jamais satisfaits, et continuant à voir autour d'eux des gens qui les narguent pour leur laideur, s'en détournent pour leur odeur et les dédaignent pour l'ensemble de leurs disgrâces. Le



chirurgien a le devoir d'écarter de lui tous ces demi-déments et de ne jamais entreprendre sur eux le moindre acte opératoire.

Il a le devoir aussi de décourager ces femmes qui, sans justification professionnelle, je veux dire sans l'excuse d'une place à trouver ou à conserver, lui demandent, sur la seule impulsion d'une coquetterie qui se prolonge au delà du raisonnable, de réparer la marque, malgré tout ineffaçable, du temps. J'ai la certitude qu'on peut, avec de l'autorité, agir efficacement sur l'esprit de ces égarées, peut-être trop confiantes dans les ressources de la chirurgie, moins peut-être en critiquant leurs faiblesses qu'en les informant du caractère temporaire et incertain de l'amélioration qu'elles attendent.

Le chirurgien ne doit jamais oublier que le malade qui vient à lui, une fois sa confiance accordée, est une créature désarmée contre les conseils qu'il lui donne. Et où trouverait-elle des moyens de défense, cette créature ? Elle n'en peut avoir, ignorante des choses dont on lui parle et incapable de rien opposer aux arguments qu'on lui fait valoir. Même quand il est venu au chirurgien avec la pensée qu'une opération ne lui est ni nécessaire, ni utile, le patient se soumet sans difficulté, dès qu'il a donné sa confiance, aux conseils qu'il avait le moins prévus. A plus forte raison est-il plus malléable encore quand il s'est moralement préparé lui-même à l'acte opératoire. Le chirurgien ne doit obéir à aucune des contingences qui enveloppent les consultations qu'on lui demande et qui risquent d'obscurcir sa conscience. Il n'a qu'une règle de conduite à observer : se substituer par la pensée à son malade. Ce faisant, il ne donnera jamais à celui-ci autre chose que des avis salutaires.

Ceux qui viendront puiser des conseils dans ces quelques pages qu'a écrites pour eux mon désir de leur épargner les écueils de la route, ne devront pas s'en tenir aux seuls avis que leur donne ma vieille expérience ; ils devront aussi se bien pénétrer de cette idée qu'il n'est pas de chirurgie plus délicate ni plus difficile que la chirurgie cosmétique. Elle ne souffre pas d'erreur. Ses incisions, ses résections, ses déplacements, ses affrontements, ses sutures se mesurent au millimètre. Elle est un art plus que n'importe quelle autre. Elle nécessite beaucoup de patience et infiniment de dextérité. Les praticiens qui décideront de s'y adonner ne sauraient donc lire avec trop d'attention les écrits, ni se rappeler avec trop de précision l'enseignement de leurs maîtres. Et quand ils se seront bien imprégnés de la bonne technique, qu'ils n'hésitent pas à faire et à refaire sur le cadavre, avant de les exécuter sur leurs patients, toutes ces manœuvres d'arrangement et de correction au cours desquelles il est si facile de faire trop ou pas assez. Ils se rendent compte alors de tout ce qui, dans cette espèce, sépare l'espoir de la réalité.

---

# NOUVELLES TECHNIQUES CHIRURGICALES POUR LE TRAITEMENT DES SURDITÉS DE CONDUCTION (1)

Par **MAURICE SOURDILLE** (de Nantes).

Je suis heureux de pouvoir vous présenter un cas de surdité chronique progressive opéré par un procédé personnel, basé en partie sur les travaux antérieurs des Prof. Barany et Holmgren.

J'ai d'abord hésité, car les démonstrations de ce genre ont causé jusqu'ici tant de déceptions que je ne voudrais pas en préparer de nouvelles. Mais peut-être a-t-on perdu courage parce que l'on demandait plus qu'il n'était raisonnable d'espérer. Dans cette chirurgie difficile, il faut savoir compter sur des progrès lents et des résultats mesurés. De plus, chaque effort a laissé des notions soit positives, soit négatives qui constituent des points de repère précieux pour ceux qui tentent à nouveau l'aventure. Ne serait-ce qu'à ce seul point de vue, toute méthode nouvelle peut avoir son intérêt.

C'est à la suite d'un voyage à Upsal et à Stockholm, en 1924, et après avoir lu les travaux des Prof. Barany et Holmgren, que j'ai orienté mes recherches vers le traitement chirurgical de l'oto-spongiose. Quoique ayant opéré 12 malades, j'ai l'impression d'être encore à la période de début, tant il reste de points obscurs à élucider. Le but de cette présentation est simplement de vous montrer un cas heureux qui synthétise assez bien l'état actuel de mes recherches sur cette question.

## OBSERVATION

Il s'agit d'une femme de 42 ans, célibataire, venue me consulter le 10 mai 1929 pour une surdité progressive bilatérale. Celle-ci avait débuté à gauche, il y a 18 ans, par des bourdonnements et de la surdité ; l'atteinte de l'oreille droite datait de 10 ans ; elle avait été marquée par un accès brutal de bourdonnements. Cette malade avait été longtemps traitée sans résultat par des insufflations tubaires.

A l'examen, je constatais des tympanes minces, transparents, absolument normaux. L'audition était alors la suivante :

O. D.	V. B.	O. G.
0,20 cent.	56	0,05 cent.
0,055	33	0
0	Diap. 32	0
très faible	Diap. 64	0
perçu	Diap. 128	très faible
négatif	R.	très négatif
prolongé	Sch.	prolongé
16.000 (normal)	Mon. Struycken	16.000 (normal)

(1) Communication à la Société d'Oto-Laryngologie des Hôpitaux de Paris, déc. 1929.

Je notais en outre un peu d'eczéma du pavillon de l'oreille droite, le nez et le cavum, étaient normaux ; les trompes étaient perméables ; Je posais le diagnostic d'otospongiose et devant l'échec des traitements antérieurs, je lui proposais d'emblée sur l'oreille gauche une intervention en 2 temps. Elle accepta. C'est la 9<sup>e</sup> malade de ma statistique opératoire.

### Opération :

1<sup>er</sup> Temps. — Le 14 mai 1929.

Aidé par mon Assistant, le Dr Loué, je pratiquais sous anesthésie locale, une trépanation mastoïdienne large : je trouvais une mastoïde extrêmement pneumatique, à très grandes cellules postérieures et inférieures ; antre et aditus de grandes dimensions. Puis, je désinsérais la membrane du tympan en conservant ses connexions avec le fond du conduit auditif membraneux prudemment décollé. Je réséquais le mur de la logette et la partie postérieure du cadre osseux péritympanal ; j'obtins ainsi une large attico-tympanotomie qui me permit l'exploration de toute la chaîne des osselets et des fenêtres.

La chaîne des osselets m'apparut absolument rigide, véritablement bloquée depuis le marteau jusqu'à l'étrier, et dans ces conditions, il m'était impossible de reconnaître l'ankylose initiale, d'autant plus que le pourtour de la fenêtre ovale était normal, sans déformation, les branches de l'étrier libres. Je fis alors une résection de la tête du marteau, en conservant en place l'enclume articulée au bouton de l'étrier ; je pus l'exécuter sans briser l'articulation incudo-stapédienne. Je vérifiai ensuite au microscope binoculaire l'état de la platine de l'étrier ; la flexibilité des branches ne me permit pas de me rendre exactement compte de l'état de l'ankylose.

Toutefois, dès la tête du marteau réséquée, la malade sembla mieux entendre et malgré son état d'assoupissement, sous l'influence de la scopolamine-morphine, elle percevait la V. B. à 0,15 cent.

Je pratiquais alors une plastique interne, c'est-à-dire que je transformais la partie supérieur du fond du conduit auditif membraneux en un lambeau plastique, qui rabattu en dedans — autour de la demi-circonférence supérieure du tympan comme charnière, vint par sa face cruentée envelopper l'enclume, fermer la caisse à la façon d'un couvercle et adhérer en dedans à la paroi labyrinthique. En arrière le lambeau affleurait à la saillie du canal semi-circulaire externe : quelques mèches paraffinées suffirent à le maintenir en place. Plastique externe modérée ; suture rétro-auriculaire.

Les suites opératoires furent des plus simples : je supprimai les mèches et le drain le 2<sup>e</sup> jour ; le 10<sup>e</sup> jour la malade quittait la clinique, en bonne voie de cicatrisation, sans avoir présenté la réaction sérieuse habituelle dans ce cas.

Le 5 juin, 21 jours après l'opération, la cicatrisation externe et interne était terminée ; seul l'eczéma de l'oreille droite continuait de suinter et céda à quelques séances d'autohémothérapie. Le 15 juin, la malade s'absentait pour un mois.

Je la revis au début de septembre. Le résultat était alors le suivant : la caisse du tympan, reconstituée, était complètement séparée de la cavité mastoïdienne par un voile membraneux résistant : le lambeau plastique. La membrane du tympan était bien tendue, le manche du marteau et son muscle tenseur ayant été conservés. De la chaîne des osselets, on ne voyait que le manche du marteau et l'enclume adhérente au lambeau et à la partie haute du tympan. Enfin la région du canal semi-circulaire horizontal et le fond de l'antre étaient tapissés par une cicatrice épidermique assez mince.

Au point de vue fonctionnel :

Du côté opéré : Atténuation des bourdonnements, Amélioration très légère de l'audition

V. B. 56 = 25 cent.

42 = 10 cent.

Du côté de l'oreille non opérée, à droite : disparition complète des bourdonnements. Aucune amélioration de l'audition :

V. B 56 = 20 cent.

Cependant, la malade, en partie libérée de ses bourdonnements, se sentait la tête moins lourde, et l'audition avait gagné en clarté et en intensité.

2<sup>e</sup> Temps. — Le 16 septembre 1929, Trépanation acoustique extra-tympanique du labyrinthe.

Sous anesthésie locale et analgésie à la scopolamine-morphine, j'ouvre à nouveau la mastoïde et après excision de la cicatrice — je pénètre dans la cavité opératoire spacieuse épidermée : la résorption du tissu conjonctif est assez avancée, les contours osseux sont apparents.

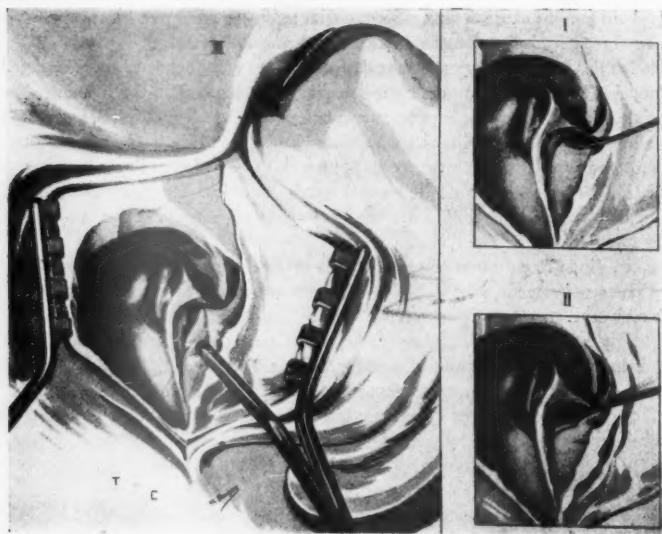


FIG. 1. — Désinsertion de la membrane tympanique.

Je délimite et je libère un lambeau épidermé à charnière antérieure qui découvre toute la région de la boucle du canal semi-circulaire externe : le lambeau a environ 1 millimètre d'épaisseur.

Puis, aidé de la loupe-lunettes de Gullstrand, j'attaque l'os, non à la fraise, trop brutale, mais avec des grattoirs spéciaux que voici. De cette façon, je ne creuse ni un puits, ni une série de sillons séparés par des crêtes comme avec la fraise, mais une surface très plane, dont le centre est la boucle du canal semi-circulaire externe, et sur laquelle le lambeau s'étalera parfaitement, sans espaces morts, sièges d'hématomes qui favorisent l'infection ou la formation de blocs fibreux.

Bientôt apparaît une mince ligne noire : c'est la cavité du canal semi-circulaire vue à travers une mince pellicule d'os transparente. J'amincis encore, la ligne noire s'élargit et au centre apparaît une ligne blanchâtre : c'est le canal semi-circulaire membraneux. Un

léger suintement sanguin rosé m'indique que j'approche du périoste interne ; je contrôle à l'aide du microscope à grossissement de 10 diamètres,

Maniant le grattoir avec plus de légèreté encore, la cuticule osseuse d'une minceur extrême se brise : aussitôt elle perd sa transparence et devient opalescente. Au même instant, une fine goutte de périlymphe s'échappe : la malade ressent un violent vertige, et de suite entend avec une grande clarté : l'audition de la voix basse est passée immédiatement à 0,60 — 0,80 cent mais cette amélioration ne s'est produite qu'après issue du liquide labyrinthique quelle que fut antérieurement la minceur de la pellicule.

Quelques légers coups de grattoir sous le contrôle de la loupe et du microscope ont encore aminci la cuticule et l'ont fenêtrée de quelques petits orifices, mais elle est restée recouverte en dedans par le fin épithélium qui tapisse le canal semi-circulaire osseux.

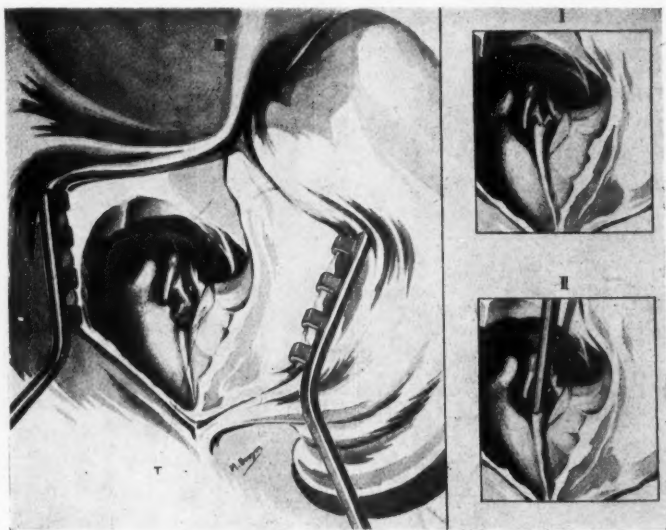


FIG. 2. — Attico-Tympanotomie simple. Exploration de la caisse et de son contenu : la chaîne des osselets.  
T. Tympan (face interne).

Dans son ensemble, elle était dépressible sous la moindre pression du grattoir. Le canal semi-circulaire membraneux contenant l'endolymphe n'a pas été ouvert.

J'ai terminé en rabattant le lambeau sur cette mince lamelle perforée, de façon à obtenir une fermeture immédiate et hermétique. Aussitôt, l'audition a diminué de moitié : V. B. à 30 cent.

Pour maintenir ce lambeau appliqué sur l'os, j'ai commencé par le recouvrir de mèches paraffinées : l'audition ne s'est pas modifiée ; puis, en continuant à en ajouter d'autres, j'ai recouvert complètement la surface du tympan : la malade n'entendait plus du tout la voix basse. J'ai à nouveau découvert le tympan et l'audition est revenue pour la voix basse à 30 cent., ce qui semble prouver que l'audition se fait bien par la caisse du tympan et non par l'orifice de trépanation labyrinthique.

A la fin de l'opération : vomissements, état vertigineux et lypothimique. Nystagmus horizontal du côté opéré.

### Suites opératoires :

L'état vertigineux et nauséux s'est prolongé pendant 60 heures environ en décroissant progressivement. Pour éviter toute réaction inflammatoire labyrinthique, l'on pratique 3 injections de lacto-protéides de 6 à 10 cent. à 48 heures d'intervalle. Le 7<sup>e</sup> jour, ablation des mèches paraffinées : le lambeau était très bien pris : pas de suppuration.

Audition à la voix basse pour l'oreille opérée :

56 perçu à 45 cent. avec fatigue rapide.

32 à 10 cent.

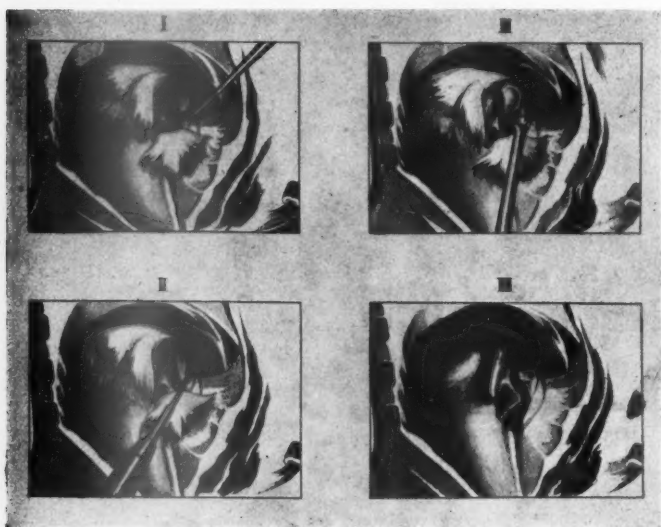


FIG. 3. — Résection de la tête du marteau avec conservation de l'enclume articulée à l'étrier.

Disparition complète de tout bourdonnement. Amélioration progressive ; la malade quitte la clinique le 14<sup>e</sup> jour. La cavité mastoïdienne est complètement cicatrisée ; seule, la plaie rétro-auriculaire exige quelques pansements complémentaires.

Le 29 novembre 1929, l'état était le suivant :

Cicatrisation complètement terminée ; très bel aspect de la cavité interne : tympan mince, transparent ; l'enclume apparaît au-dessus du tympan, recouvert d'une mince pellicule épidermique ; la région de la trépanation labyrinthique est recouverte également d'une mince pellicule épidermique dépressible au porte-coton et qui détermine du vertige, preuve de la persistance de l'orifice de trépanation. De même, lorsque la malade se mouche un peu fort, elle éprouve une sensation de vertige ; quelques bourdonnements sont revenus dans l'oreille opérée à la suite d'une course en tramway. Léger eczéma du pavillon pour lequel on fait quelques séances d'autohémothérapie.

L'audition est la suivante :

O. D. (non opérée)		O. G. (opérée)
O	Diap. 32	ou très légère perception
perçu	Diap. 64	perçu
perçu plus fort	Diap. 128	perçu
négatif	Rinne	très négatif
16.000	Struycken	16.000
	V. B.	
1 m. 50	44	0 m. 60
0 m. 60	33	0 m. 40
	V. H.	
8 m.	56	5 m.
5 m.	44	10 m.
4 m.	33	10 m.
	O. D. + O. G. 56 = 11 m.	
	33 = 11 m.	

La malade déclare entendre beaucoup mieux. Elle suit très bien une conversation à distance normale avec l'une ou l'autre oreille, alors qu'avant l'opération cela lui était impossible à gauche. Mais l'audition reste sujette à des variations journalières importantes et il persiste encore un certain degré d'émotivité et de fatigue auditive.

Cette observation autorise, à mon avis, les remarques suivantes :

1<sup>o</sup> Avant d'opérer, d'après les données classiques, le diagnostic clinique d'otospongiose dans le sens d'ankylose pure de l'étrier était évident. Or, j'ai constaté une ankylose de toute la chaîne, sans pouvoir préciser, même sous le microscope, quelle était la première ankylose en date, celle de l'étrier, ou l'incudo-malléaire : ce serait un point important à pouvoir préciser.

Cette ankylose totale de la chaîne des osselets doit entraîner une certaine immobilisation de la membrane du tympan, qui, fixée par le manche du marteau, ne peut plus vibrer, tout au moins pour les sons graves de grande amplitude. Ainsi au trouble déterminé par l'ankylose de l'étrier, soit dans la transmission des sons, soit dans la tension du liquide labyrinthique, s'ajouterait un défaut de captation des ondes sonores par rigidité excessive de la membrane tympanique. Ceci expliquerait le rôle heureux de certaines perforations tympaniques permettant aux ondes sonores de frapper directement la membrane de la fenêtre ronde. Mais, au double point de vue chirurgical et fonctionnel, il est de beaucoup préférable de libérer le tympan par une résection de la tête du marteau, ou même l'ablation de l'enclume, plutôt que de créer une perforation qui ouvre la caisse à la suppuration, ce qui est la première chose à éviter au malade ;

2<sup>o</sup> La technique opératoire que j'ai employé emprunte à celle du Prof. Holmgren son instrumentation optique : la loupe-lunettes de Gullstrand et le microscope stéréoscopique (grossissement de 10 diamètres). Du procédé du Prof. Barany, j'ai retenu les deux principes fondamentaux : l'exclusion



de la caisse du tympan du champ de la trépanation labyrinthique, et le siège de la trépanation sur la boucle du canal semi-circulaire externe. J'en ai ajouté un troisième : la nécessité de libérer le tympan par une résection partielle de la chaîne des osselets. Quant à la réalisation technique que je propose, elle est très différente de celles employées par les auteurs précités et présente les avantages réunis suivants :

1° L'exploration complète de la chaîne des osselets et la constatation du degré de son état pathologique ;

2° La conservation de la caisse du tympan, de sa muqueuse et de ses vaisseaux, chose très importante pour la vitalité ultérieure du labyrinthe ;

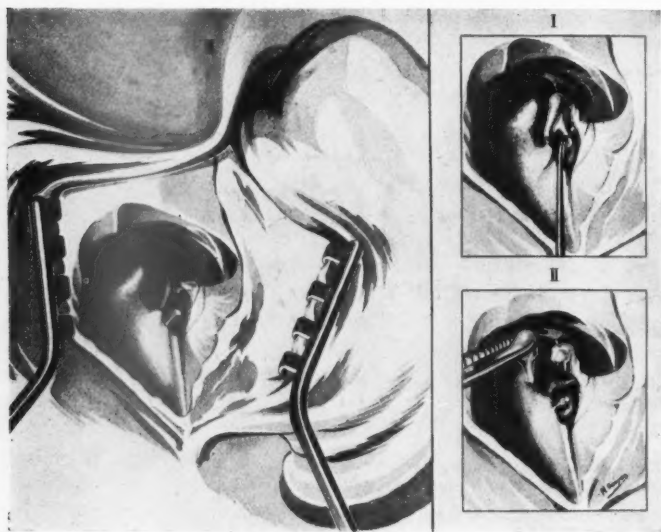


FIG. 4. — Attico-Tympanotomie combinée : ablation de l'enclume et résection de la tête du marteau.

la libre ouverture de son unique fenêtre : la fenêtre ronde ; la mobilité de la membrane tympanique ; la transformation de la chaîne en vue d'une utilisation fonctionnelle possible ;

3° La certitude d'une exclusion parfaite et durable de la caisse du tympan du champ de la trépanation labyrinthique, et la possibilité d'une vérification permanente ;

4° La réalisation logique, méthodique, sans danger pour le canal semi-circulaire membraneux, d'une trépanation aussi large et aussi pénétrante qu'on le désire, avec la possibilité de conserver une très mince cuticule osseuse continue ou perforée, supportant l'épithélium interne. Le grattoir seul permet cette réalisation à volonté ;



5° Dans le cas actuel, j'ai décomprimé seulement la périlymphe. La présence de l'enclume m'ayant forcé à reporter la trépanation sur la face supérieure du canal semi-circulaire externe, j'ai ouvert un peu au-dessus de la zone d'adhérence du canal semi-circulaire membraneux et celui-ci a été conservé. Avec la fraise, à plus forte raison avec la gouge et en attaquant la partie externe du canal osseux, celle qui se présente le mieux, l'on tombe au niveau de l'adhérence du canal membraneux à la circonférence du canal osseux, et l'on décomprime à la fois l'endolymphe et la périlymphe ? Un des points les plus importants qui restent à déterminer est de savoir s'il vaut mieux décompresser l'endolymphe que la périlymphe, et inversement,

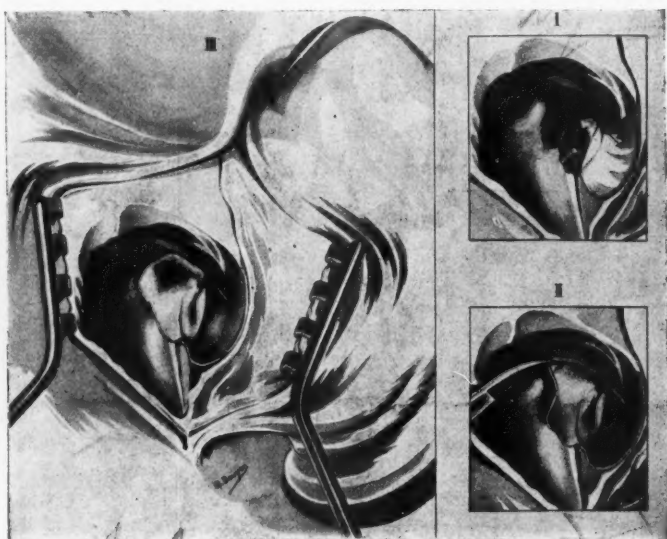


FIG. 5. — Plastique interne.

- I Tracé du lambeau à prélever sur la paroi postéro-supérieure du conduit auditif externe membraneux.
- II Retaille du lambeau.
- III Reposition de la membrane tympanique et application du lambeau qui ferme la partie postéro-supérieure de la caisse du tympan.

ou les deux ensemble ou séparément. Il semble que la décompression de l'endolymphe donne au moment de l'opération une audition très supérieure à celle qui suit la décompression de la périlymphe ; mais que devient la fonction labyrinthique à la longue, après l'ouverture du labyrinthe membraneux ? J'ai ici la preuve que la décompression de la périlymphe n'a amené aucune diminution de la fonction labyrinthique puisque les sons aigus sont toujours perçus comme avant l'opération, jusqu'à 16.000 vibrations ; je ne puis en dire autant pour l'endolymphe ;

6° La fermeture immédiate de l'orifice de la trépanation labyrinthique est réalisée par une membrane épidermique mince, souple, bien vascularisée, appliquée sur une surface très plane, sans ressauts.

Par sa face profonde, cruentée, cette membrane s'applique sur la très mince cuticule perforée supportant l'épithélium interne du canal semi-circulaire. Cet épithélium constitue un revêtement idéal supprimant le danger de bourgeonnements de sa face profonde ou des bords de la perforation osseuse. La conservation de cet épithélium interne est impossible à la fraise, quelle que soit la légèreté de main de l'opérateur.

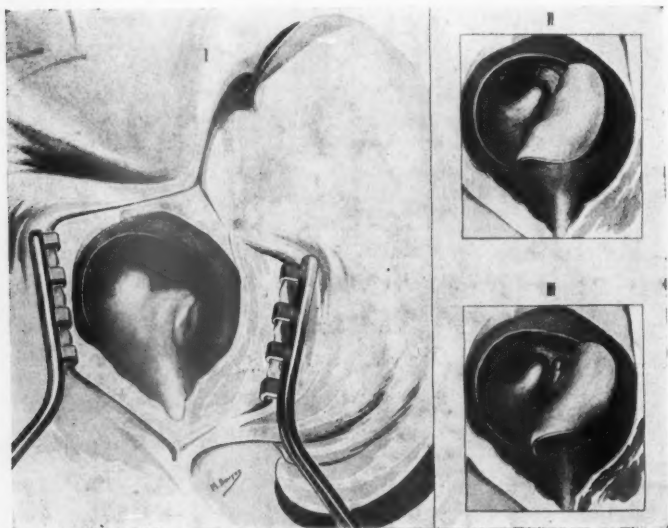


FIG. 6. — Cavité mastoïdienne épidermisée après incision rétro-auriculaire.  
Tracé et relevé du lambeau cicatriciel.

Par sa face superficielle épidermique, la membrane oblitérante est constamment accessible au regard et au toucher, et, par suite, le contrôle de la persistance de la trépanation est possible à tout instant. Elle supporte sans danger d'infection le contact de l'air, des poussières, de l'humidité, des sécrétions locales, ce que ne peut réaliser un bouchon graisseux ou même un lambeau muqueux qui, non protégé, est fatalement voué à l'infection, à l'infiltration, et peut propager la suppuration au labyrinthe.

On peut donc dire que cette méthode permet une chirurgie endo-labyrinthique rigoureusement aseptique, dont on ne peut encore fixer toutes les modalités.

Elle repose sur un triple artifice de technique :

- a) La *désinsertion du tympan* dans sa demi-circonférence postéro-supérieure en connexion avec le fond du conduit auditif membraneux et sa *reposition* ;
- b) La *plastique interne* aux dépens de la partie postéro-supérieure du fond du conduit auditif membraneux ;
- c) La *résection partielle plus ou moins étendue de la chaîne des osselets* qui libère la *membrane du tympan* tout en lui conservant une tension réglée par le muscle tenseur du marteau dont l'insertion a été conservée.

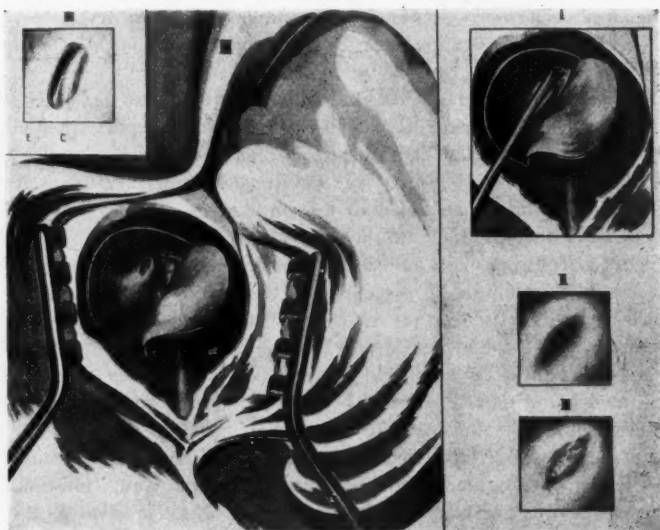


FIG. 7. — Trépanation de la boucle du canal semi-circulaire externe.

- 1) Attaque de la surface osseuse au grattoir.
- 2) Apparition de la cavité du canal semi-circulaire à travers une mince lamelle osseuse transparente.
- 3) Trépanation incomplète avec conservation de lambeaux de la cuticule osseuse et d'épithélium interne.
- 4) Trépanation totale sans conservation de la cuticule osseuse ni d'épithélium interne
- 4 bis) Détails de l'orifice de trépanation (grossissement : 20 diamètres).  
E. p. Espace périlymphatique.  
C. n. Canal semi-circulaire membraneux.

3° Les résultats fonctionnels sont véritablement encourageants. Voici un cas déjà ancien, de 18 ans à gauche, 10 ans à droite, et, dans son ensemble, l'audition a été quintuplée. D'ailleurs, la discrimination permet des constatations intéressantes.

Le premier temps a permis d'obtenir :

Du côté opéré, une diminution seulement des bourdonnements et une légère amélioration de l'audition.

Du côté, non opéré, la disparition complète des bourdonnements.

Dans les cas anciens, le 1<sup>er</sup> temps a une valeur fonctionnelle faible ; il prépare anatomiquement au second temps. Dans les cas récents, il n'en est pas de même.

*Le second temps* a eu des résultats plus importants :

Du côté opéré : l'audition de la voix basse a passé de 0 à 50 centimètres environ. L'audition à la voix haute se fait entre 5 et 10 mètres.

5 mètres pour les sons aigus tels que 56.

10 mètres pour les sons graves tels que 33.

Ce sont donc les sons graves qui, maintenant, sont les mieux perçus ; il y a inversion de la formule antérieure à l'opération où les sons graves étaient les plus atteints.

Préoccupé surtout du point de vue technique, je n'avais pas pris l'audition de la voix haute avant l'opération. J'ai constaté depuis sur d'autres malades qu'à une audition de la voix basse au-dessous de 5 centimètres, l'audition de la voix haute se fait aux environs de 1 mètre, c'est donc une amélioration de presque 10 fois pour les sons graves.

Du côté non opéré, l'amélioration pour la voix basse a été aussi considérable : de 20 centimètres, l'audition est passée à 1 m. 30 ; pour la voix haute, le gain est moindre, la perception se fait à 5 mètres. Mais de ce côté ce sont les sons aigus qui sont les mieux perçus, ceux correspondants à 66,57.

L'effet de cette trépanation labyrinthique a donc été d'améliorer *du côté opéré* la perception des sons graves et de la voix haute dans la proportion de presque 1 à 10 ; *du côté non opéré*, la perception des sons aigus et de la voix basse à la proportion moindre de 1 à 5.

Il y a donc une véritable dissociation entre les deux oreilles, mais, en somme, le gain est complémentaire, et, dans l'ensemble, l'audition est améliorée pour les sons graves et aigus, pour la voix haute et la voix basse.

L'on peut s'expliquer aisément cette amélioration de la perception des sons graves pour l'oreille opérée par le mécanisme suivant : la libération de la membrane du tympan par la résection de la tête du marteau, permet une vibration plus ample ; peut-être la transmission des vibrations tympaniques par l'enclume à l'étrier ankylosé représente-t-elle une véritable transmission solidienne. Enfin, la création d'une fenêtre accessoire sur la rampe vestibulaire permet la décompression et la compensation labyrinthiques.

Cette compensation labyrinthique retrouvée explique la sensation de vertige que la malade éprouve parfois lorsqu'elle se mouche fort. Il se produit une dépression excessive de la membrane de la fenêtre ronde, la contrepression étant faible du fait de la minceur de la membrane qui obture la trépanation labyrinthique. C'est un léger inconvénient dont la malade s'accommode avec quelques précautions.

Pour l'oreille non opérée, il ne peut s'agir d'une action directe et l'amélioration enregistrée ne peut s'expliquer que par un phénomène de sympathie ou de réflectivité s'exerçant, avant tout, sur le labyrinthe : d'où amé-

lioration de la perception des sons aigus et de la voix basse, aiguë par rapport à la voix haute. Il faudrait, pour améliorer les sons graves, permettre une plus grande amplitude à la membrane tympanique et au liquide labyrinthique, c'est-à-dire intervenir à la fois sur la caisse et le labyrinthe.

De tout ceci, je voudrais tirer les conclusions suivantes :

Il est possible d'obtenir par un traitement chirurgical, dans les cas même anciens et considérés comme incurables des surdités chroniques progressives, des résultats fonctionnels des plus encourageants. Mais, à mon avis, une double intervention est nécessaire dans la plupart des cas. La première consiste à exclure la caisse du tympan de la trépanation labyrinthique et à modifier la chaîne des osselets pour redonner la mobilité complète au tympan. La seconde consiste en une trépanation extra-tympanique du labyrinthe postérieur à son point le plus accessible, c'est-à-dire la boucle du canal semi-circulaire externe. Cette ouverture labyrinthique doit être suivie d'une fermeture immédiate par une membrane mince, dépressible, et non sujette à l'infection.

Un certain nombre de points restent à élucider dont les principaux sont : la conservation ou la suppression de l'enclume, la décompression de la périlymphe, de l'endolymphe, ou des deux à la fois ; la suppression ou la conservation de l'épithélium interne du canal semi-circulaire.

Les deux temps pourraient, à la rigueur, s'effectuer au cours d'une même opération, mais pour le moment tout au moins, il y a grand intérêt à les séparer par un intervalle de plusieurs mois, d'abord en raison de la réaction inflammatoire habituelle de la caisse : écoulement séro-purulent plus ou moins abondant pendant 5 à 8 jours ; il serait très imprudent d'exposer le labyrinthe à l'infection qui, de là, pourrait gagner les méninges : ce serait mettre en danger à la fois l'audition et la vie du malade.

Ensuite, il vaut mieux avoir à sa disposition pour recouvrir l'orifice de trépanation labyrinthique un lambeau mince, bien vascularisé, ayant déjà subi l'épreuve du temps.

Enfin, une notion importante à retenir est celle de la sympathie ou de la reflectibilité de l'oreille opérée sur l'autre. Si cette reflectibilité s'exerce dans le sens de l'amélioration, il n'est pas déraisonnable de penser qu'elle peut aussi s'exercer dans le sens de l'aggravation, et qu'alors, l'arrêt précoce de l'affection dans la première oreille pourrait peut-être sauver la seconde avant qu'elle n'ait subi de dommages sérieux.

Mais c'est trop anticiper sur l'avenir. La question essentielle pour le moment, c'est de posséder une technique certainement complexe, mais méthodique et inoffensive, dont les résultats déjà encourageants au point de vue fonctionnel, nous permettront peut-être encore, par recoupements et déductions, et, par là, de l'atteindre dans sa cause profonde.

## TORTICOLIS CONSÉCUTIF AUX INTERVENTIONS MASTOÏDIENNES

Par **Roger BERTOIN** (de Lyon)

Il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur une complication post-opératoire des mastoïdites qui est sans doute relativement fréquente, mais dont nous n'avons pas trouvé trace dans les publications que nous avons eu l'occasion de consulter : il s'agit d'un torticolis typique assez tenace, survenant immédiatement après une intervention portant sur la mastoïde et dont la pathogénie demeure encore discutable.

Les torticolis otogènes sont bien connus. Leroux Robert (1905) étudie les névrites de la branche externe du spinal, consécutives à des thrombophlébites du sinus latéral, du golfe et de la jugulaire interne, aux mastoïdites de la pointe et surtout à l'infection des ganglions cervicaux profonds sous-sterno-mastoïdiens.

Mouret, qui a tant fait pour la systématisation des mastoïdites distingue les mastoïdites apicales en 2 catégories : les internes — dites de Bezold — qui se traduisent par des réactions conjonctives et des fusées purulentes sous-sterno-mastoïdiennes et les externes qui entraînent une réaction conjonctivo-phlegmoneuse de la face externe de la pointe et, par la suite, un certain degré de myosite des muscles qui s'insèrent sur celle-ci.

D'ailleurs on a tendance à englober de façon un peu simpliste sous le nom de mastoïdite de Bezold toutes les formes accompagnées de suppuration cervicale. Mais il faut distinguer, en outre, les cas où le pus fuse ou bien à travers la rainure digastrique, soit en avant, le long du ventre postérieur de ce muscle, soit en arrière vers la nuque, ou bien dans l'intérieur de la gaine du sterno-cleido-mastoïdien, en dedans ou en dehors du muscle, ou même dans l'interstice même des fibres musculaires.

Dans toutes ces formes, le sterno-cleido-mastoïdien — et accessoirement le trapèze — sont en relation trop étroite avec un foyer purulent pour ne pas réagir par un certain degré de contracture qui se manifeste cliniquement par du torticolis. Ce ne sont pas des cas de ce genre que nous étudierons ici et, pour que la question soit posée de façon plus nette, nous n'avons retenu que les observations dans lesquelles le torticolis est apparu *du côté opposé à la mastoïdite*.

Voici l'observation la plus nette de torticolis post-opératoire que nous avons eu l'occasion de suivre (seuls sont rapportés les faits intéressants les points étudiés ici).



G... Jean 6 ans.

Le 22 mai 1927, il est atteint d'une otite moyenne suppurée aiguë gauche, qui nécessite une paracentèse.

Le 1<sup>er</sup> juin, je suis appelé de nouveau parce que la température, après être descendue à la normale, remonte progressivement ; le conduit auditif est encombré de pus épais ; le tympan, rouge, ne bombe pas et la caisse se draine bien par une perforation inférieure ; la pression sur la pointe de la mastoïde détermine une vive douleur.

*Intervention* le même jour : Anesthésie au Kélène-alcool. Dès qu'on a fait sauter la corticale, on tombe sur une cavité pleine de fongosités et de pus ; la pointe est réséquée ; le sinus latéral est recouvert par une lame osseuse intacte. On est amené à découvrir la dure-mère au contact de laquelle se trouve un petit abcès. Tamponnement.

2 juin. — La nuit a été agitée ; l'enfant est assis sur son lit, la tête fléchie sur l'épaule droite, un peu penchée en avant, en rotation marquée vers la gauche ; il refuse de faire aucun mouvement et paraît souffrir beaucoup ; toute tentative de redressement lui arrache des cris.

La palpation du sterno-cleido-mastoïdien droit et des muscles de la nuque des 2 côtés détermine également une très vive douleur. Le sterno-cleido-mastoïdien gauche est souple et indolore.

On ne trouve pas de signes méningés : pas de vomissement — malgré l'anesthésie récente — pas de Kernig.

8 juin. — La température oscille entre 37° le matin et 37° 6 ou 37° 8 le soir. La plaie a bon aspect, la céphalée a disparu. L'enfant se lève, mais garde la tête dans la même position. Sinon essaie de corriger la déformation, il se défend parce qu'il souffre et non par mauvaise volonté. La douleur à la pression des muscles de la nuque est toujours marquée ; on ne peut déterminer de point douloureux net à la palpation systématique des vertèbres cervicales.

4 juillet : l'attitude vicieuse n'a pas changé. L'enfant a un excellent état général ; il s'amuse, court, dort bien ; son appétit est excellent. Il semble avoir tout à fait pris son parti de son torticolis. La douleur à la mobilisation est moins vive, et on peut corriger en partie la déformation qui se produit d'ailleurs dès qu'on cesse la manœuvre.

Après avis du professeur Nové-Josserand, on couche l'enfant sur un plan incliné à 20 %, la tête enserrée par une mentonnière de cuir fixée au sommet de celui-ci de façon à assurer une extension continue.

5 juillet : la déformation s'est beaucoup atténuée ; la mobilisation du cou est plus facile et moins douloureuse.

15 juillet : à partir du 6 juillet, l'enfant est demeuré couché sur le plan incliné pendant la nuit, et, le jour, durant un nombre d'heures de plus en plus réduit. Au début, le torticolis se reproduisait au bout de quelques instants, puis il a disparu complètement.

Ultérieurement, on a suspendu tout traitement : la mobilisation du cou est parfaite et il ne reste aucune trace de torticolis.

L'enfant a dû être opéré de nouveau en août 1927, puis en 1929, sans qu'aucune contraction de sterno-cleido-mastoïdien se soit produite.

En résumé, il s'est agi d'un enfant qui, le lendemain d'une intervention portant sur la mastoïde gauche, présentait un torticolis typique du côté droit : la tête était inclinée sur l'épaule droite, en légère flexion et en rotation marquée vers la gauche, tout essai de redressement était rendu impossible par la souffrance du petit malade ; la palpation du sterno-cleido-mastoïdien droit et des muscles de la nuque réveillait une vive douleur ; il n'était pas

possible de déterminer un point douloureux précis au niveau des apophyses épineuses des vertèbres cervicales.

Pendant plus d'un mois la situation demeura stationnaire ; malgré une légère élévation de la température vespérale, l'enfant avait repris sa vie normale sans paraître gêné par son torticolis dans la limite où il n'exécutait pas de mouvement forcé et ne recevait pas de choc.

Après divers essais thérapeutiques, on se décida à mettre l'enfant en extension continue sur un plan incliné ; dès le lendemain, il pouvait tenir la tête droite, mais la contracture reparaisait rapidement. En une dizaine de jours la guérison fut complète et définitive.

A côté de ce cas bien typique, nous avons observé d'autres formes plus bénignes de cette complication : pendant 2 ou 3 jours après l'intervention, les petits opérés gardent la tête légèrement penchée sur le côté opposé ; mais l'attitude vicieuse se corrige facilement et tout rentre spontanément dans l'ordre.

D'ailleurs, entre la forme rebelle décrite plus haut et les formes très frustes, il existe bien des intermédiaires : c'est ainsi que nous avons eu l'occasion d'opérer le 29 juin 1929 de mastoïdite droite un petit garçon de 4 ans ; le lendemain, il présentait un torticolis gauche avec contracture douloureuse du sterno-cleido-mastoïdien ; la température demeura plusieurs jours autour de 38°, 38° 5, sans pouvoir être expliquée par des lésions locales ; le malade était agité, grognon, ne dormait pas, se plaignait de douleurs violentes dans la nuque. Peu à peu, la fièvre baissa, les douleurs diminuèrent, mais le torticolis ne rétrocéda spontanément et progressivement qu'au bout d'un mois ; s'il ne s'était pas agi d'un sujet doué d'un caractère capricieux et d'une famille très pusillanime, nous aurions certainement proposé l'extension continue sur un plan incliné pour hâter la guérison — qui d'ailleurs survint sans traitement.

Des quelques cas que nous avons eu l'occasion de rencontrer, nous pouvons tirer certaines déductions pathogéniques et thérapeutiques.

Au point de vue *pathogénique*, nous avons été amenés à envisager diverses hypothèses :

Notre première idée fut qu'il s'agissait d'une mauvaise position donnée, pendant l'anesthésie, à la tête qui aurait été maintenue en rotation forcée ; mais il n'est pas admissible que le torticolis ainsi entraîné se soit prolongé plusieurs semaines et nous sommes d'ailleurs certains qu'aucune manœuvre particulièrement brutale n'avait été effectuée.

Nous avons songé aussi à un phénomène pythiatique, pouvant être rapproché du torticolis hystérique qui est bien connu ; ceci n'expliquerait pas la légère hyperthermie persistante ni la douleur violente dans les essais de mobilisation du cou ; en outre, nous n'avons jamais eu affaire qu'à des sujets de 4 à 8 ans, et, de l'avis même du professeur Froment qui fut amené à voir un de nos malades, cette hypothèse doit être *a priori* éliminée chez les enfants.



Faut-il songer alors à une névrite du spinal qui se manifesterait seulement par de la contracture du sterno-cleido-mastoïdien ? On n'en voit pas nettement la raison.

On est donc ainsi amené à envisager l'hypothèse d'une infection atteignant les muscles de la nuque et le sterno-cleido-mastoïdien, et peut-être même les articulations de la colonne cervicale, une cause favorisante pouvant être la position de flexion et de rotation forcée que l'on donne à la tête pendant l'intervention. Ce phénomène serait ainsi à rapprocher du torticolis consécutif à une adénoïdectomie ; Hicguet qui a étudié cette question dans les *Annales des maladies de l'oreille* (1925), trouve à son apparition 3 raisons : 2, accessoires, sont la violence de l'opérateur et les mouvements de défense du patient qui peuvent entraîner une sorte de « coup de fouet » ; une troisième, primordiale, est la myosite infectieuse causée par le fait qu'on serait intervenu sur des sujets atteints d'une infection latente.

Lorsqu'il s'agit de torticolis qui surviennent après une mastoïdectomie, le point de départ de l'infection se trouve évidemment dans les lésions suppuratives de la caisse et de l'apophyse, et cette infection se diffuse facilement à la suite des manœuvres de curettage ; d'autre part, il n'y a pas seulement contracture, mais encore réaction douloureuse à la palpation des muscles de la nuque dont la mobilisation même passive n'est pas permise, tant cette manœuvre — si prudemment qu'elle soit exécutée — détermine de souffrance.

Ainsi s'expliquerait l'association possible d'un rhumatisme articulaire de la colonne cervicale et l'élévation persistante — quoique légère — de la température que nous avons observée de façon constante. Une dernière raison nous paraît être encore l'influence de l'extension continue qui permet à la fois l'immobilisation de la région atteinte et la réduction progressive de la contracture. Pour toutes ces raisons, c'est à l'hypothèse d'un rhumatisme infectieux, myosite, et accessoirement arthrite, que nous croyons devoir nous rallier.

Les indications thérapeutiques sont limitées :

L'évolution spontanée vers la guérison est la plus fréquente : un peu de patience suffira donc, lorsqu'on aura éliminé les hypothèses inquiétantes ; il ne nous a pas paru que les frictions avec des substances plus ou moins résolutives, pas plus que les médicaments analgésiques ou antirhumatismaux, aspirine, salicylate de soude, etc... aient exercé une action quelconque.

Dans les cas rebelles, nous conseillons de recourir à l'extension continue sur un plan incliné, la tête étant retenue au moyen d'une fronde en cuir, procédé qui est couramment employé, par exemple dans les fractures de la colonne. L'amélioration survient très rapidement : au bout de 2 jours, la déformation est corrigée, mais tend à se reproduire ; aussi faut-il continuer le traitement pendant 2 semaines environ, quitte à prolonger de plus en plus les périodes de repos.

En somme, outre la mise en valeur de ce procédé thérapeutique qui peut éviter les tâtonnements que nous avons connus, il est intéressant de savoir

qu'on observe parfois, après des opérations de mastoïdite, des torticolis qui ne sont pas la traduction d'une propagation de l'infection à la région cervicale ; nous n'avons en effet envisagé que les cas où cette complication survient du côté sain, mais il est vraisemblable qu'on peut également la voir apparaître du côté opéré ; si le diagnostic — certainement plus délicat — en peut être fait, on évitera ainsi un nouvel acte opératoire dont l'utilité serait nettement contestable.

---

## LE RÉAJUSTEMENT DE L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Par **LAUTMAN**

La spécialisation dans la médecine ne s'est pas faite pour des raisons scientifiques. La science demande, au contraire, que la nécessité reste une. Ce sont surtout les besoins de la pratique et les nécessités du métier qui ont créé les spécialités. Quand une nouvelle technique importante d'examen est inventée, elle appelle la spécialisation. De même comme cela a été le cas depuis que la thérapeutique a si énergiquement évolué, les médecins se spécialisent dans le traitement de telle ou telle maladie. Puisque aucune raison scientifique ne maintient la spécialité, il est évident, qu'avec des besoins changés de la pratique, une modification dans l'état actuel des spécialités déjà existantes peut se faire. Seulement si la spécialisation est un bien relatif, il est certain que la spécialisation poussée à l'outrance est un danger. Avec les progrès de l'enseignement qu'on donne aujourd'hui dans les écoles de médecine, il est possible de restreindre cette tendance à la spécialisation. Il existe encore des spécialités qui ont leur raison d'être, uniquement dans une technique relativement facile à maîtriser, mais qui, autrement, au point de vue du diagnostic et surtout du traitement, se confondent avec la médecine ou avec la chirurgie générale. C'est le cas de la laryngologie.

Après que TURCK et CZERMACH eurent introduit dans l'examen le miroir frontal, deux spécialités se dégagèrent bien vite ; la laryngologie et l'otologie. Longtemps ces spécialités existèrent indépendantes l'une de l'autre, exercées par des spécialistes différents. Tant que la laryngologie offrait aux chercheurs de nouveaux sujets d'études, la rhinologie restait négligée. Mais après une période d'éclat, l'étoile de la laryngologie s'est définitivement évanouie et, dans les publications scientifiques, la rhinologie est venue briller à sa place. Par le nez, qui offrait aux otologistes et aux laryngologistes un terrain de rencontre, la fusion s'est faite lentement entre les deux spécialités. Aujourd'hui, à quelques exceptions près, il n'existe que des oto-rhino-laryngologistes. Quand on songe au développement qu'a pris l'otologie dans cette dernière décade, à l'immense avenir qui est réservé à l'étude de la physiologie et de la pathologie du nez, on se demande comment un seul spécialiste voudra assumer à l'avenir la responsabilité de connaître l'anatomie, la physiologie du nez, de l'oreille dans tous ses détails, se tenir au courant des publications dans ce domaine, connaître la clinique des maladies de ces organes, et être, par dessus tout, un chirurgien capable d'in-

tervenir quelquefois dans des circonstances des plus dramatiques, et avoir à exécuter des opérations qui, toujours, demandent une habileté manuelle que seule une longue pratique peut donner.

En laryngologie, il n'y a plus de nouveau travail à faire, ni au point de vue anatomique, ni au point de vue histologique. Quant à la physiologie du larynx, elle n'offre qu'un seul intérêt, c'est celui de la voix. Or, depuis longtemps, la physiologie de la voix et ses troubles ne sont plus étudiés par des laryngologistes. Ce sont des laryngologistes tout à fait spéciaux, des phoniâtres, qui ont abandonné tout le reste de l'O. R. L., qui s'occupent aujourd'hui encore de ce chapitre.

Etudions maintenant ce qu'il en est de la laryngologie comme spécialité pratique, c'est-à-dire le rôle du laryngologiste dans le diagnostic et le traitement des affections du larynx.

Le praticien croit généralement que dans un cas de laryngopathie il suffit au laryngologiste de prendre le miroir, d'examiner le larynx pour faire un diagnostic. Or, ce diagnostic se fait rarement avec précision. Nous ne parlons pas de la difficulté qu'on a à examiner le larynx d'un enfant. L'enfant se débat, remplit son larynx de mucosités et de salive, de sorte que dans la majorité des cas, le laryngologiste est heureux d'avoir pu jeter un coup d'œil dans le larynx d'un enfant. L'inconvénient est d'autant plus grand que, le plus souvent, il s'agit de cas aigus, dans un larynx où le moindre rétrécissement de l'aire respiratoire peut être suivi d'accidents quelquefois redoutables. Le plus souvent, nous avons des adultes à examiner. Ici la technique de l'examen n'offre que, exceptionnellement, des difficultés chez des individus alcooliques ou exceptionnellement nerveux qui résistent à la cocaïne. Mais il y a des endroits du larynx qui sont très difficiles, même impossibles quelquefois à examiner, où des lésions des plus graves peuvent faire leur apparition, comme, par exemple, la paroi postérieure du cartilage cricoïde, la commissure antérieure et l'espace sous-glottique. D'autres fois, un œdème peut cacher si complètement l'entrée du larynx que le laryngologiste ne peut absolument pas pousser plus loin son diagnostic. Même sans œdème, l'épiglotte couvre exceptionnellement le larynx et une inspection large et libre, nécessaire pour faire un bon diagnostic, n'est pas obtenue, même avec emploi d'artifices pour redresser l'épiglotte. Tous ces inconvénients de l'examen laryngoscopique n'existent pas dans l'examen autoscopique ou endoscopique du larynx.

Mais, en supposant, ce qui est le plus souvent le cas, l'examen du larynx facile avec ou sans cocaïne, il n'est pas rare que le diagnostic du laryngologiste reste indécis. Certainement, un nodule vocal, un polype pédiculé du larynx, une paralysie récurrentielle sont reconnaissables au premier coup d'œil. Mais, généralement, le laryngologiste est consulté pour des tuméfactions et des ulcérations qui ont occasionné une raucité de la voix depuis plusieurs mois, ne cédant à aucun traitement, chez des sujets dont l'état général est peu ou pas touché. Presque constamment, après avoir fait un diagnostic topographique et descriptif de la lésion, le laryngologiste hésite

entre la nature tuberculeuse, syphilitique et cancéreuse de l'affection. Plus l'expérience du laryngologiste est grande, et plus son hésitation augmente. LERMOYEZ a publié le cas d'un malade, considéré par lui comme atteint de cancer du larynx, et qu'il a revu quelques mois après complètement guéri à la suite d'un simple repos forcé de la voix. Le premier larynx enlevé en totalité par BILLROTH pour cancer, a été reconnu, la pièce en main, comme une affection tuberculeuse du larynx. Tous les laryngologistes qui ont une grande expérience de la laryngofissure, sont unanimes à reconnaître que les lésions vues directement par la brèche opératoire sont beaucoup plus étendues que ne l'a montré le miroir.

La partie la plus belle que jouent les laryngologistes, c'est cependant dans le diagnostic, car, au point de vue de son activité comme thérapeute, son art, dit MARSCHIK, un des premiers laryngologistes allemands, est pauvre en succès. Il faut l'avouer, nous avons perdu l'adresse manuelle qu'ont eue les premiers maîtres dans les opérations endo-laryngées. Il est certain qu'il existe encore beaucoup de laryngologistes qui, grâce à une cocaïnisation profonde, peuvent extraire avec brio des polypes isolés du larynx, mais devant toutes les autres interventions endo-laryngées, leur enthousiasme tombe. Même la simple cautérisation des cordes vocales est tombée en désuétude. On peut dire : le laryngologiste examine comme spécialiste, mais soigne comme médecin général ou comme chirurgien. Ceci explique pourquoi la laryngologie excite si peu d'enthousiasme du spécialiste.

Un jury de contrôle constitué en Amérique par des sommités en O. R. L. et dont nous aurons encore à parler, a constaté le peu d'intérêt que les spécialistes modernes portent à la laryngologie.

HARRIS MOSHER, par exemple, dit qu'en questionnant des candidats sur l'anatomie, il a trouvé que c'est dans l'anatomie du larynx que les candidats étaient le moins informés. Il ajoute que ses co-examineurs en clinique ont trouvé la même chose. Il semble, continue-t-il, que le larynx soit tombé hors de notre spécialité, et R. C. LYNCH, dans le même article dont nous parlerons encore plus loin, dit que l'épreuve en laryngologie est pour le professeur, une source de surprises. Beaucoup de candidats manquent honteusement de pratique du miroir laryngé. LYNCH a l'impression, et il n'est pas le seul, que la majorité des jeunes spécialistes n'ont aucun intérêt pour la laryngologie, ou, tout au moins, n'ont que de maigres connaissances dans cette branche.

Voyons, en effet, comment le laryngologiste se comporte dans les cas de tuberculose, de cancer, de syphilis et de sténose, les éventualités les plus importantes qu'il rencontre.

Que se passe-t-il dans la laryngite tuberculeuse ? Il y a 20 ans encore, dans tous les grands services de laryngologie, il y avait une foule de bacillaires attendant leur tour de pansement. Ils ont disparu aujourd'hui. Les laryngologistes écrivent que, grâce aux progrès de l'hygiène et à un traitement meilleur de la tuberculose pulmonaire, la bacillose laryngée est

devenue plus rare. C'est possible, mais il y a aussi quelques chefs de services de laryngologie qui ne voulurent pas de ces bacillaires. Ces touseurs, les plus dangereux de tous, malgré les théories anticontagionistes modernes, infectaient par le contact prolongé et quotidien les malades et le personnel des infirmiers qui restaient en contact permanent avec eux. Ensuite il y a les médecins et les malades qui s'aperçurent de la disproportion entre le résultat du traitement et les efforts et sacrifices consentis par les malades. Surtout depuis que le traitement dans le sanatorium est reconnu comme le meilleur sous tous les rapports pour les cas évolutifs de la tuberculose, les laryngites tuberculeuses disparaissent de plus en plus des consultations hospitalières et du cabinet du laryngologiste. Ce sont les médecins exerçant dans les sanatoria qui, aujourd'hui, sont à même de donner les meilleurs soins dans la tuberculose du larynx. Dans ces établissements, le laryngologiste s'abstient le plus possible de toucher au larynx. Le plus souvent, son rôle se borne à suivre l'évolution de la laryngopathie sous l'influence du traitement mis en œuvre dans le sanatorium.

Quant au cancer du larynx, il a fait assez longtemps l'objet des prouesses de quelques laryngologistes. De temps en temps, un laryngologiste publie des cas de guérison de cancer du larynx à la suite d'une opération par voie endo-laryngée. Actuellement, le rôle du laryngologiste se borne à enlever une partie suspecte pour biopsie. Quant au traitement le laryngologiste moderne sait que le cancer du larynx doit être traité par un spécialiste du cancer, que des préférences personnelles ou les hasards de sa situation ont amené à se spécialiser dans le traitement du cancer. Du reste, l'étude du cancer et les progrès terrifiants que fait cette maladie, ont fait ressortir la nécessité de créer des sanatoria ou des instituts pour cancéreux, comme il y a des sanatoria pour tuberculeux. D'ores et déjà dans la lutte anti-cancéreuse, la détection précoce du cancer est une condition nécessaire pour son traitement. Chez tout individu adulte qui se plaint de raucité de la voix, l'examen au miroir sera une nécessité, et son omission pourra être taxée de faute grave. En cas de doute, le praticien dirigera son malade vers le centre anti-cancéreux en évitant l'intermède du cabinet du laryngologiste qui ne pourra que faire perdre un temps précieux.

Dans la syphilis du larynx, le rôle du laryngologiste comme thérapeute est nul. Actuellement, le traitement de la syphilis est si bien enseigné aux élèves dans les hôpitaux, que chaque praticien se charge du traitement anti-syphilitique.

Enfin reste la question des sténoses du larynx. En cas de sténose aiguë le laryngologiste moderne craint d'intervenir par voie endo-laryngée. L'intubation du larynx est un acte du traitement d'urgence et n'est pas réservé au seul laryngologiste. Toutefois, les indications de l'intubation, vis-à-vis de la trachéotomie, sont fortement discutées aujourd'hui. Quant à la dilatation pour sténose chronique du larynx, elle a presque complètement perdu ses partisans. De plus en plus, on tend aujourd'hui à lui substituer un traitement opératoire par voie externe.

Ces opérations, comme du reste toutes celles qui s'adressent aux voies respiratoires inférieures, sont des opérations de grande chirurgie qui demandent un entraînement chirurgical, peut-être même plus perfectionné que la chirurgie abdominale, par exemple.

L'insuffisance de la laryngoscopie indirecte et pour le diagnostic et pour le traitement s'est révélée il y a longtemps déjà à quelques laryngologistes, parmi lesquels il faut citer, en premier lieu, KIRSTEIN. Mais, à cette époque, la laryngologie était à son apogée et gagnait de nouveaux adeptes tous les jours. Aussi KIRSTEIN n'a pu se faire écouter et l'autoscopie du larynx, arrivée trop tôt, est tombée dans un oubli complet. Mais un autre laryngologiste travaillait secrètement à une nouvelle méthode. Le monde fut surpris quand KILLIAN, de Fribourg, publia ses recherches sur la broncho-œsophagoscopie. Le hasard avait merveilleusement aidé KILLIAN en la personne de son assistant BRUNINGS, qui a inventé des instruments pour la broncho-œsophagoscopie qui, encore actuellement, sont universellement employés par la plus grande majorité des endoscopistes. Cependant avec la diffusion de la méthode, de nouveaux perfectionnements ont été apportés à la technique. Quoique déjà beaucoup plus facile avec la spatule de BRUNINGS qu'avec celle de KIRSTEIN, l'endoscopie du larynx a été énormément facilitée par l'appareil de HASSLINGER, pour n'en citer qu'un seul. Grâce à cet appareil, la méthode inventée par KILLIAN sous le nom de laryngoscopie en suspension, et destinée uniquement, dans l'idée de KILLIAN, pour le diagnostic et le traitement des affections du larynx impossibles par la laryngoscopie indirecte, est aujourd'hui presque complètement délaissée. Aujourd'hui, le laryngologiste peut voir directement le larynx, exactement comme le gynécologue voit le col de l'utérus. Ce n'est pas directement dans une image renversée que le laryngologiste s'attaque aux lésions, mais, au contraire, il les a directement devant lui. Quantités de lésions qu'il était impossible de traiter, tant que le laryngologiste était séparé du larynx, deviendront maintenant objet direct de sa thérapie.

Certes, la technique de l'endoscopie directe du larynx n'est pas encore au point aujourd'hui. Des progrès, en ce qui concerne les instruments, sont encore possibles. Seulement il est à craindre que ces progrès n'en restent là, tant qu'on n'aura pas créé des centres d'endoscopie où l'endoscopie du larynx ne fera qu'une partie de l'ensemble des examens endoscopiques. Aujourd'hui l'endoscopie du larynx est naturellement faite dans les services de laryngologie. Mais même dans les grands services, l'examen endoscopique du larynx est encore aujourd'hui un examen exceptionnel. Comme l'examen au miroir est plus vite fait, on a recours à lui malgré tous ses inconvénients. Du reste, on n'exagère pas en disant que beaucoup de laryngologistes ignorent encore actuellement les avantages de l'autoscopie du larynx, surtout chez l'enfant. Ils ne savent pas que chez le tout jeune enfant, l'endoscopie du larynx est non seulement plus expéditive, mais est encore la seule possible, et ceci sans anesthésie ni générale, ni locale. Comme l'a écrit dernièrement M. AUCOIN, assistant de CHEVALIER-JACKSON, qui,



aujourd'hui, est sans conteste, le plus grand endoscopiste du monde, « on arrive par la laryngoscopie directe à découvrir le larynx de n'importe quel malade dont la bouche peut être ouverte ».

Si les médecins, en général, et même beaucoup de laryngologistes, ignorent encore aujourd'hui les grands avantages de l'endoscopie pour le diagnostic et ce traitement des maladies du larynx, il n'en est pas de même en ce qui concerne l'œsophagoscopie et la bronchoscopie. Le nombre continuellement croissant des corps étrangers retirés par voie œsophagoscopique montre que l'éducation des médecins commence à se faire sous ce rapport. Il ne doit plus exister de médecin poussant à l'aveugle un panier de Graefe dans un œsophage obstrué par un corps étranger, ou une sonde pour voir, en cas de dysphagie. Toute la pathologie de l'œsophage est née ou a été modifiée par l'endoscopie. Mais trop rares sont encore les examens œsophagoscopiques. Le malade, et plus encore le médecin, les appréhende. Malheureusement il faut l'avouer, trop souvent un simple examen peut avoir des suites désastreuses. Seulement il faut le dire, les accidents ne sont nullement imputables à la méthode. Ils sont dus au manque d'habitude de l'endoscopiste. L'étudiant a rarement occasion de voir des examens œsophagoscopiques et, encore plus rarement, occasion d'en faire lui-même. Dans les services de laryngologie, l'œsophagoscopie ne connaît, pour ainsi dire, qu'une seule indication : le corps étranger. Or, de pareils cas ne se prêtent généralement pas à l'enseignement. L'œsophagoscopie, pour d'autres raisons, ne peut se faire en grand que dans les services où l'on soigne les maladies du tube digestif. Les malades atteints de dysphagie vont généralement dans ces services où, tantôt on fait l'œsophagoscopie, tantôt on demande conseil à un laryngologiste et où, le plus souvent, on se passe de tout examen œsophagoscopique, considérant cet examen plus dangereux qu'utile. L'opinion courante est que la radiographie vaut aujourd'hui l'œsophagoscopie sans en avoir les risques. Sans nier l'immense progrès qu'a fait la radiographie, surtout depuis qu'elle s'est joint les procédés de contraste par le lipiodol, il est incontestable que pour l'œsophage elle reste un procédé d'exploration inférieur à l'endoscopie. La radiographie peut reconnaître les diverticules, mais laisser ignorer le cancer développé sur le seuil du diverticule. Malgré tous les artifices, les corps non opaques échappent à sa détection. L'œsophagite, les spasmes de l'œsophage ne sont reconnaissables que par l'œsophagoscopie. Mais nous ne sommes qu'au début de la pratique œsophagoscopique. On ne peut pas prévoir quel sera son développement quand l'œsophagoscopie sera pratiquée par un nombre plus grand d'œsophagoscopistes entraînés. Car déjà on va plus loin que l'œsophage. Quelques rares privilégiés ont déjà fait de la gastroscopie, on fait même de la gastrophotographie et on a essayé de pousser le tube au delà du pylore.

Comme pour l'œsophagoscopie, la détection et l'extraction du corps étranger sont encore, pour le moment, l'indication majeure de la trachéo-bronchoscopie. Il suffit de parcourir les revues spéciales de laryngologie pour se rendre compte que la trachéo-bronchoscopie, tout en restant encore



réserve à des laryngologistes relativement peu nombreux, a vu s'étendre l'indication de son emploi. Elles ne sont pas très nombreuses encore ces indications, et le laryngologiste les formule encore avec une certaine hésitation. Mais déjà des hémoptysies de source obscure ont été reconnues comme un premier symptôme d'un cancer des bronches, des compressions de la trachée par un paquet de glandes caséifiées, mettant la vie du malade en danger, ont été supprimées par ouverture chirurgicale, grâce au tube endoscopique. L'abcès du poumon est diagnostiqué et traité par le bronchoscope, La bronchite fétide, la dilatation des bronches voient dans le traitement endoscopique les meilleures chances de leur guérison. C'est surtout en Amérique que les plus grands progrès par le traitement bronchoscopique ont été réalisés. Sous ce rapport, il est intéressant de lire dans un travail de SYDNEY JANKAUER, intitulé « Diagnostic et traitement bronchoscopique de l'abcès du poumon », paru dans *The laryngoscope*, t. 39, n° 4, comme cette méthode commence à se généraliser en Amérique. Pour cet auteur, aucun examen des bronches et des poumons n'est complet sans un examen bronchoscopique. Certainement beaucoup de malades sont trop faibles pour supporter la bronchoscopie, mais la crainte des accidents dus à la bronchoscopie même n'est pas justifiée. Seule une pratique insuffisante de la bronchoscopie peut encore la rendre dangereuse. Par la bronchoscopie, on peut faire des diagnostics qu'aucun autre examen clinique ne rend possibles et, ce qui plus est, on peut, grâce au bronchoscope, corriger des diagnostics qui paraissaient au-dessus de tout doute. Ainsi un malade a subi une tonsillectomie. A la suite, il développe des phénomènes pulmonaires qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'un abcès du poumon. La bronchoscopie proposée est refusée par le chirurgien. Le malade a été opéré et meurt. A l'autopsie, on découvre une coquille de noix insoupçonnée dans une bronche, qu'il eût été facile de retirer du vivant du malade. Voici l'explication de ce cas. Le malade était molesté par une toux irritante qu'on attribuait aux amygdales. En conséquence, le malade a été tonsillectomisé. Comme l'abcès du poumon, hélas, n'est pas très rare après amygdaléctomie, on a rapporté l'abcès du poumon à l'amygdaléctomie, tandis que, en réalité, l'aspiration d'une coquille de noix véritable cause de la toux, n'avait nullement attiré l'attention des médecins. Dans un autre cas, une malade présente des phénomènes pulmonaires après une tonsillectomie. Cette fois-ci, JANKAUER peut faire la bronchoscopie et retire de la bronche la tête du cornet inférieur. Voici l'explication. On avait fait, dans la même séance, l'ablation de la tête du cornet et la tonsillectomie. La malade avait aspiré le cornet inférieur. Sans la bronchoscopie, on n'aurait jamais reconnu la véritable cause de l'affection pulmonaire présentée par la malade. Il est incroyable combien grand est le nombre des corps étrangers des poumons méconnus, qui, après une courte période de signes alarmants semblent ne plus donner signe de vie jusqu'à ce que des phénomènes pulmonaires éclatent dont la nature est complètement méconnue. non seulement par un, mais par plusieurs médecins. Dans tous ces cas, un examen fait par un bronchos-

copiste expérimenté permet de faire un diagnostic exact. Mais non seulement on corrige ainsi le diagnostic, mais, dans l'immense majorité des cas, on peut transformer un individu constamment malade en un homme bien portant. Sous ce rapport, rien de plus admirable que la merveilleuse statistique de CHEVALIER-JACKSON. Même un résultat négatif de la bronchoscopie est intéressant et autrement précieux qu'un résultat négatif de n'importe quel autre procédé clinique. La bronchoscopie seule permet l'étude bactériologique de la flore pulmonaire non contaminée. On a pu, grâce à la bronchoscopie, déceler des bacilles de Koch là où l'examen répété des crachats s'est montré constamment négatif.

Certains auteurs ont voulu nier la valeur de la bronchoscopie au point de vue diagnostic, surtout comparée à l'examen radiologique. Il est certain que pour tout ce qui concerne la compression des bronches, et de la trachée, les renseignements fournis par l'endoscopie sont insuffisants. Il est certain aussi que dans les cas de corps étrangers, même non opaques, l'examen par les rayons X donne des renseignements que la bronchoscopie ne peut pas donner. Mais tout ce chapitre de diagnostic a été surtout élaboré par un travail commun des radiologistes et bronchoscopistes, comme c'est la règle, surtout en Amérique. Il est certain que la collaboration d'un radiologiste avec un bronchoscopiste devra toujours se faire, et ce serait une faute que de renoncer soit à l'un soit à l'autre mode d'investigations si les conditions le permettent. Mais encore une fois, la bronchoscopie n'est pas seulement un procédé d'examen et sert surtout au traitement. Sous ce rapport, elle est appelée à nous permettre un véritable traitement topique pour les maladies des bronches et du poumon.

L'autoscopie du larynx, la trachéobronchoscopie, l'œsophagoscopie n'épuisent pas encore le domaine de l'endoscopie. Sans parler de la pleuroscopie dont l'utilité, sinon l'inocuité, reste à démontrer, en laissant de côté la cystoscopie qui appartient entièrement à l'urologiste, de même que l'uréthroscopie qui, simple dans sa pratique, commence à être utilisée même par le médecin non spécialiste, nous devons encore mentionner un domaine récemment acquis à l'endoscopie : nous voulons parler du bout terminal du tube digestif. Ici aussi nous sommes au début. Quoique les instruments actuellement en usage satisfassent ceux qui savent s'en servir, il est probable que la technique verra encore des perfectionnements. Déjà au point de vue pratique on peut affirmer que les résultats de la rectoscopie ne le cèdent en rien à ceux obtenus par l'œsophagoscopie. Certes, il y a moins de corps étrangers dans le rectum que dans l'œsophage, mais le diagnostic et le traitement des polypes saignants du rectum, impossibles avant l'ère rectoscopique est aujourd'hui d'une extrême facilité. Le cancer du rectum prendra bientôt son rang parmi les moins mauvais, grâce à la détection précoce par le rectoscope. Qui sait si un traitement local par l'électrocoagulation ne suffira pas à la période précoce. Déjà il est plus que probable que le traitement des rétrécissements sera heureusement modifié par le nouveau traitement endoscopique. Comme pour la gastroscopie, ce qui

est exceptionnel aujourd'hui deviendra technique courante pour l'examen de l'anse sigmoïde.

Par sa technique, par ses instruments, par ses méthodes de traitement, par la multiplicité de ses indications, l'endoscopie mérite aujourd'hui de s'élever comme spécialité autonome. Mais qui l'exercera ? Faut-il laisser s'éparpiller les cas entre les différents spécialistes, entre ceux qui soignent l'oreille et le larynx en même temps, entre ceux qui s'occupent des maladies du poumon et ceux qui s'occupent des maladies du tube digestif et quelques chirurgiens qu'une curiosité particulière entraînera vers l'endoscopie, ou, ne vaut-il pas mieux adresser tous ces malades à un spécialiste, à l'endoscopiste qui voue le travail de sa vie entièrement à cette branche de la médecine ? Nous voyons déjà ce que sont les résultats de la bronchoscopie et de l'œsophagoscopie entre les mains d'un CHEVALIER-JACKSON qui s'est entièrement spécialisé dans la broncho-œsophagoscopie. Quand sur plus de 1.000 malades on n'a aucun accident imputable à la méthode, quand, dans tous les cas, on a réussi l'extraction du corps étranger si le malade s'est adressé directement à CHEVALIER-JACKSON sans être allé chez un autre bronchoscopiste avant lui et quand la mortalité globale qui, dans les cas non traités, varie entre 50 et 60 %, tombe dans les cas traités à la clinique de CHEVALIER-JACKSON à 2 %, il est profondément regrettable que le nombre de ces centres bronchoscopiques ne soit pas plus largement répandu dans le monde entier. Sont-ils nombreux ceux qui font aujourd'hui l'endoscopie, qui osent introduire le tube endoscopique sans anesthésie-aucune, ni générale, ni locale, dans la trachée ou dans l'œsophage d'un tout jeune enfant. L'endoscopie, dit AUCOIN, est rarement un acte de chirurgie d'urgence. En cas de besoin, le malade peut se rendre à un centre d'endoscopie, ou alors, inversement, l'endoscopiste du centre le plus voisin ira trouver le malade. Mais il faut qu'on puisse disposer d'endoscopistes qui, par un long entraînement autour d'un véritable maître aient été perfectionnés dans leur art. Ce n'est qu'à cette condition que l'examen endoscopique sera un examen sans danger pour le malade, exécutable dans tous les cas, même en cas d'anévrisme de l'aorte. Mais il ne suffit pas que l'endoscopiste devienne un virtuose dans son art, il faut qu'il puisse aussi voir beaucoup de malades pour avoir une expérience clinique. Enfin, il faut qu'il puisse avoir occasion de soigner lui-même ses malades, car sous le rapport de la thérapeutique tout est encore à créer. Les difficultés de l'hémostase rendent l'emploi de tout instrument tranchant inutilisable. Heureusement que l'électrocoagulation vient à son heure pour faciliter la thérapie endoscopique.

Il est évident que c'est surtout le laryngologiste qui aura à abandonner les malades à l'endoscopiste, car c'est surtout en laryngologie qu'on envoie aujourd'hui la plupart des malades susceptibles d'un examen endoscopique. Ainsi la laryngologie, qui a créé l'endoscopie, s'est définitivement débarrassée de toute possibilité de garder son rôle de spécialité autonome. La laryngologie, comme spécialité, a atteint son apogée. Techniquement

imperfectible, thérapeutiquement peu utile, comme nous l'avons démontré, elle ne peut jouer qu'un seul grand rôle dans le domaine du diagnostic. Elle doit donc retourner à la médecine, dont elle s'était détachée pour un certain temps, nécessaire à son entier développement. A tel titre, son action deviendra bien plus salutaire encore, quand, pratiquée par tous les médecins sans exception, au même titre que la percussion et l'auscultation, elle permettra de reconnaître nombre de maladies à leur début.

Ce démembrement de l'oto-rhino-laryngologie, loin de constituer une atteinte à son autonomie, servira plutôt à en renforcer le respect et l'autorité. L'otologie, la rhinologie et la laryngologie constituent aujourd'hui un tel ensemble de connaissances positives, demandent une telle dextérité opératoire, une telle expérience clinique qu'il est, de toute évidence, que seuls doivent exercer cette spécialité ceux qui lui ont sacrifié plusieurs années après l'accomplissement de leurs études, dans des services spéciaux. Il est impossible de laisser négliger par les jeunes spécialistes l'étude théorique, l'anatomie et la physiologie de leur spécialité, comme on le fait trop souvent encore maintenant. Or, il suffit de regarder comparativement la quantité de littérature fournie par l'ophtalmologie d'un côté, et par l'oto-rhino-laryngologie de l'autre côté, pour se rendre compte de cette façon tout à fait grossière, de combien la masse de connaissances théoriques et pratiques à assimiler est plus grande en oto-rhino-laryngologie. Aussi voit-on que les véritables chercheurs en oto-rhino-laryngologie se cantonnent les uns plus dans les maladies du nez, les autres plus dans les maladies de l'oreille. Les Pic de la Mirandole qui produisent des travaux réellement intéressants et originaux dans les trois branches de l'oto-rhino-laryngologie n'existent pas. Même des oto-rhino-laryngologistes qui ont le goût des recherches personnelles se cantonnent dans le chapitre de la chirurgie, et négligent complètement les recherches anatomiques et physiologiques sans lesquelles aucune spécialité ne peut se développer.

L'oto-rhino-laryngologie n'est pas seulement trop vaste pour un sujet d'élite, mais, malheureusement, trop de médecins sans aucune qualification s'établissent aujourd'hui comme oto-rhino-laryngologistes. Déjà il est difficile de créer un certificat spécial pour ceux qui veulent faire de la chirurgie générale, de sorte qu'il n'y a même pas à songer à créer un certificat officiel de spécialistes. En Amérique, les oto-rhino-laryngologistes et les ophtalmologistes ont trouvé un moyen de s'opposer à l'invasion de ces deux spécialités par les non qualifiés. Les plus grandes associations de ces deux spécialités se sont entendues à ne faire entrer dans leurs associations et à ne considérer comme spécialistes que seuls les docteurs en médecine qui se sont présentés devant des commissions professionnelles, en dehors des cadres officiels, devant un jury extra-universitaire, se déplaçant lui-même pour faciliter aux candidats leur présentation devant lui. De cette façon, les oto-rhino-laryngologistes américains finiront par être des spécialistes auxquels le public pourra s'adresser en toute confiance.

Cette institution a naturellement rencontré, au début, une certaine résis-

tance, qui a bien vite désarmé et, suprême triomphe de cette commission, des candidats, refusés à un premier examen, se sont, de nouveau, présentés devant elle. En effet, avant son échec, le spécialiste n'avait que sa propre affirmation de sa qualification, tandis qu'avec le certificat, il inspire autrement confiance à ses confrères, médecins praticiens, et aux malades.

Cette commission purement professionnelle, et cependant d'une haute qualité scientifique, ainsi que le prouve la constitution de son Bureau, exerce maintenant son pouvoir de contrôle depuis quatre ans et publie, dans le n° 4 du tome XXXVII des *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology*, les résultats et le mode de son fonctionnement. Dès le début, on a accordé à 354 spécialistes le certificat à titre honorifique pour ainsi dire. 1.142 spécialistes, dans toute l'Amérique, ont posé leur candidature à ce certificat. Sur ce nombre, 128 ont été refusés, ce qui constitue un pourcentage de plus de 14 %. Si on tient compte que le jury, dès sa formation, ne pouvait pas fonctionner avec une excessive rigueur et qu'il a même dû se borner à un examen de pure forme dans 237 candidatures, on admettra que c'est déjà un coup de balai salutaire que cette commission a donné. L'examen porte autant sur la personnalité du candidat que sur son instruction théorique en anatomie, physiologie et pathologie que sur son habileté et intelligence professionnelles. Chaque candidat doit donner le nom de deux parrains qui seront tenus de donner les renseignements les plus détaillés sur la vie professionnelle et privée du candidat, sur son éducation et sur tout ce qui pourrait renseigner le jury. Le jury, de son côté, s'adresse avec un questionnaire analogue, à quatre autres sources d'informations qui restent inconnues du candidat jusqu'à la veille de sa comparution devant le jury. Ces renseignements collectionnés par un seul membre du jury sont communiqués à tous les membres du jury également la veille de l'examen.

Quant à l'examen proprement dit, il tend à démontrer au jury et au candidat que ce dernier est capable d'exercer l'oto-rhino-laryngologie dans toutes les circonstances de la pratique journalière, et qu'il est capable de suivre et de collaborer aux progrès de la spécialité. Ainsi des connaissances insuffisantes en anatomie sont notées plus sévèrement chez un candidat jeune que chez un candidat depuis longtemps en pratique. Le candidat a la liberté de défendre son diagnostic, le traitement conseillé par lui et les opérations choisies. Nulle règle doctrinaire ne doit influencer sur la note à donner. Il faut que, avant tout, le candidat, surtout jeune, se montre à la hauteur de la science. Le jury contrôle même la façon dont le candidat prend les observations des malades. « Un homme qui ne sait pas comment interpréter ce qu'il voit dans ses propres cas, qui n'apporte aucun amour-propre à la netteté de son travail, peut être difficilement considéré comme un praticien digne de confiance », dit un membre du jury en terminant son Rapport.

Evidemment, nous ne pouvons pas intégralement instituer en France ce qui s'est montré si salutaire et surtout si plein de promesses en Amérique. Mais certainement un contrôle s'impose dans notre spécialité, car, ne l'ou-

blions pas, l'oto-rhino-laryngologie est une spécialité éminemment chirurgicale et il est facile de commettre en chirurgie, nous ne dirons pas comme l'a dit un très distingué membre de l'Académie de Médecine des assassinats, mais bien des homicides.

Mais si nous avons trop d'oto-rhino-laryngologistes qui ne peuvent pas tous faire de la bonne besogne, par contre, les notions d'oto-rhino-laryngologie, même les plus élémentaires, ne sont pas encore assez connues du grand public médical. La bouche et le pharynx sont généralement examinés trop superficiellement par le médecin. Rares sont les médecins au courant de la question de la « focal infection » des Américains. Ils ne se doutent pas de la répercussion d'un mauvais état des dents sur l'organisme. Tout au plus, y voient-ils une cause de dyspepsie. Quant à la pathologie des amygdales, il est inutile de prouver qu'elle intéresse davantage le médecin que le spécialiste. Les revues américaines sont pleines de publications dans lesquelles le rôle des amygdales dans les néphrites, endocardites, rhumatismes est démontré. On fait opérer beaucoup d'enfants de végétations adénoïdes, mais le praticien en ignore complètement le rôle. Toutes ces affections et conditions pathologiques peuvent être reconnues grâce à un abaisse-langue et un porte-coton. Seulement, il faut que le praticien apprenne ce qui est à voir. C'est pendant son stage dans les consultations de médecine générale, et surtout en pédiatrie, que l'étudiant en médecine devrait s'entraîner à l'examen minutieux de la bouche et du pharynx. Un seul coup d'œil rapide ne suffit pas pour ce diagnostic, il faut le faire lentement et avec méthode. Du reste, les pédiatres, conscients de l'importance qu'ont les affections de la bouche et du pharynx pour leurs petits malades, commencent à fréquenter les services de laryngologie. Déjà cette connaissance plus approfondie des affection oto-rhino-laryngologiques par les pédiatres a porté ses fruits. JULES RENAULT a décrit la septicémie larvée otitique du nourrisson, et un autre pédiatre, Américain, MARRIOTT, a décrit une forme d'entérite qui se rattache également à la mastoïdite larvée.

L'abus auquel donne lieu la spécialisation à outrance, la crainte d'examiner soi-même un organe appartenant à une spécialité est bien illustré par une « Petite clinique » de LOUIS RAMOND, publiée dans la *Presse médicale* du 9 novembre 1929, sous le titre « Adénite cervicale chronique, révélatrice d'un cancer du rhino-pharynx » où un médecin consulté pour la coexistence d'une adénite cervicale avec une surdité, envoie le malade à un oto-rhino-laryngologiste pour lui faire enlever un bouchon de cérumen supposé. Le spécialiste, qui, entre parenthèses, n'était pas à la hauteur de sa tâche, déclare qu'il n'existe aucune lésion capable d'expliquer l'adénite angulo-maxillaire. Il conseille une consultation chez un spécialiste des voies respiratoires. Ce phthisiologue ne trouve rien et ne dit rien sur l'adénite cervicale chronique, sortant du domaine où il est passé maître. Spontanément, le malade consulte un autre spécialiste, un radiologiste, qui traite le malade sans faire un diagnostic. Enfin, par l'entremise d'un dernier médecin plus avisé, le malade est envoyé à fin de diagnostic à RAMOND, qui n'a aucune



difficulté à faire le diagnostic mentionné dans le titre de l'observation. Nous voyons dans cette « Petite clinique » comment un médecin des hôpitaux n'éprouve aucune gêne à examiner attentivement lui-même la bouche et le pharynx du malade, à serrer son diagnostic d'aussi près que possible et à ne faire appel au spécialiste compétent que pour confirmer le diagnostic cliniquement entrevu.

Si, à la rigueur, nous objectera-t-on, l'étudiant peut acquérir les notions indispensables de la pathologie bucco-pharyngée, on pourra trouver que la généralisation de la laryngologie est chose impossible. Les temps héroïques de la laryngologie où, sans cocaïne, avec un mauvais éclairage, l'examen du larynx demandait un long entraînement, sont passés. En quelques séances, un étudiant en médecine apprendra à voir le larynx. C'est certainement bien plus facile à apprendre que la percussion et l'auscultation. Du reste, le praticien n'a pas besoin de faire un diagnostic très détaillé. Il a besoin de voir si le larynx de son malade est normal, s'il existe une différence d'épaisseur ou de teinte dans une des parties du larynx, surtout s'il la compare avec le côté symétrique. Aussitôt qu'il constatera une lésion qui l'embarrasse, il enverra le malade à l'oto-rhino-laryngologiste qui, lui, fera le diagnostic s'il le peut. Est-ce que on n'agit pas de même pour les autres maladies. Nous ne parlons pas des maladies du système nerveux où les consultations avec les neurologistes sont la règle. Mais, même pour les affections du poumon, du cœur, de l'estomac, les consultations avec les spécialistes sont aujourd'hui entrées dans les mœurs. Nombreux sont les médecins qui examinent aux rayons X leurs malades, et, en cas de doute, les envoient au radiologiste. Du fait que le maniement du miroir laryngé deviendra un bien commun à tous les médecins, la reconnaissance précoce du cancer du larynx sera obtenue. Ce seul résultat déjà oblige chaque médecin consciencieux à avoir un miroir du larynx dans sa vitrine.

Quant à la rhinologie, il est incontestable qu'elle doit rester le domaine du spécialiste. Néanmoins, il est souhaitable que le praticien soit davantage informé de l'anatomie et de la pathologie du nez pour qu'il puisse au moins comprendre les explications que lui donne le rhinologiste. Le médecin praticien ne connaît des maladies aiguës du nez que le coryza, qu'il appelle sinusite quand il est douloureux. Toutes les affections chroniques du nez forment pour lui un seul bloc de rhume chronique. L'obstruction nasale ne le frappe, et encore, que chez le jeune enfant si elle devient manifeste par une respiration buccale bruyante. Le praticien ignore les inconvénients de la respiration buccale chez l'adulte et son retentissement sur le poumon. Souvent il prend l'atélectase du sommet due à l'obstruction nasale pour de la tuberculose pulmonaire. La céphalée d'origine nasale est peut être encore moins souvent soupçonnée que la céphalée d'origine oculaire. Le praticien ne sait pas que le rhume des foins est une affection générale à manifestations nasales. Il ne connaît pas les équivalences de la rhinite vasomotrice avec l'asthme bronchial. Nulle part dans l'organisme il ne trouve une telle étendue de muqueuse que dans la pituitaire pour pouvoir examiner



l'effet des médicaments ayant une action particulière sur les vaso-moteurs. Le rhinologiste spécialisé n'a pas l'occasion de faire ces recherches et, quelquefois, il manque de compétence nécessaire.

Plus encore que le médecin praticien, l'ophtalmologiste devrait être versé en rhinologie et on se demande même si, à côté des oto-rhinologistes, il ne devrait pas aussi exister des ophtalmo-rhinologistes. Nombreuses sont les relations entre l'ophtalmologie et la rhinologie. Toute la pathologie des voies lacrymales, une grande partie des conjonctivites est d'origine nasale. Les inflammations de l'orbite, du sinus frontal, du sinus ethmoïdal sont un terrain où rhinologistes et ophtalmologistes se rencontrent journellement. Toutes les iritis ne sont pas syphilitiques et, comme pour la sclérotique, pour l'iris, l'état du nez joue un rôle. Enfin, il suffit de rappeler la formidable poussée de littérature sur la névrite rétro-bulbaire d'origine sinu-sienne.

On a, depuis l'avènement de l'oto-chirurgie, tellement intimidé le praticien avec les dangers dont sont menacés les otorrhéiques que, de peur de mal faire, le praticien ne fait rien en otologie. Quoique on commence à se rendre compte qu'on a beaucoup exagéré ces dangers, il est bon qu'un médecin, incapable d'affronter les périls les plus graves qui peuvent menacer un malade se plaignant de l'oreille, s'abstienne de toute thérapeutique auriculaire. Quiconque entreprend de soigner une oreille doit être un chirurgien émérite. On peut commencer avec une paracentèse et, quelques jours après, être exposé à la nécessité de drainer les méninges. Mais, en otologie aussi, l'instruction, au moins théorique du médecin, devrait être plus généralisée. Il est incontestable que toutes les affections non inflammatoires de l'oreille interne et de l'acoustique, excepté les tumeurs, devraient, pour le moment, encore, être soignées par le médecin faisant de la médecine générale. Depuis que les otologistes soignent ces affections non inflammatoires de l'oreille, les progrès thérapeutiques n'ont pas beaucoup ajouté au renom de l'otologie.

Ceci s'explique facilement. Quand le sourd se présente à l'otologiste, l'affection se trouve généralement à une période où les lésions sont irréparables. On fait venir, a dit LERMOYEZ, les pompiers quand la maison est brûlée. En effet, si on examine les chapitres de la pathologie de l'oreille interne, on verra qu'il existe des affections de l'acoustique et de l'oreille interne qui ont un caractère familial, se manifestant par une marche progressive. C'est au médecin de famille à dépister la possibilité du développement d'une telle surdité. Il doit prendre les mesures nécessaires pour empêcher la naissance des individus chez lesquels une surdité est à prévoir presque à coup sûr. Mais, pour ceci, il faut que ses notions de pathologie de la surdité soient bien plus fondées que celles qui lui feraient empêcher le mariage d'un sourd avec une sourde, ce qui, très souvent, n'est pas justifié. Dans la surdité professionnelle, tout ce que le médecin peut faire est de prévoir cette surdité. Le médecin d'usine est ici bien plus utile dans son œuvre prophylactique que l'otologiste. Il reste encore le grand groupe des otites dues aux toxines qu'élabore notre organisme et dans lequel la colla-

boration entre otologiste et médecin sera surtout utile quand le médecin connaîtra l'existence de ces surdités et enverra plus tôt le malade à l'otologiste. Mais pour cela aussi, il faut que le médecin sache que le début de la surdité n'est accusé spontanément que par une minorité de malades. C'est au médecin à dépister les premiers stades d'une otopathie commençante. Seulement il faut qu'il soit entraîné, au cours de ses études médicales, à s'occuper de la fonction de l'oreille, non pas en demandant seulement au malade s'il a à se plaindre de son oreille, mais en examinant lui-même par la voix haute et la voix chuchotée, si son malade entend. C'est son devoir de provoquer une consultation avec un otologiste s'il existe une perte manifeste de l'audition à la voix haute. Il ne faut ni montre, ni diapason, ni audiomètre pour sauver l'audition à des milliers de gens, si tous les médecins prennent l'habitude d'examiner une ou deux fois par an, de cette façon si simple, l'audition de leurs malades.

Malheureusement, il faut avouer que l'otologiste lui-même n'a pas assez souvent présent à l'esprit la possibilité d'une surdité toxique ou endocrinienne. Souvent assez peu en contact avec la médecine générale, l'otologiste met en œuvre pendant des mois son arsenal thérapeutique de spécialité, et pourra boire la honte de voir que des bourdonnements qu'il a en vain traités avec sa douche d'air ou la haute fréquence, ont disparu sous une cure accidentelle faite pour toute autre raison dans une station balnéaire ou à la suite d'une extraction dentaire.

Les conclusions de cet exposé sont les suivantes : l'étudiant en médecine doit être familiarisé avec le maniement du miroir laryngé et recevoir un enseignement théorique en oto-rhino-laryngologie, enseignement qui sera couronné par une interrogation théorique dans cette branche. La laryngologie, comme spécialité, n'existe plus. Dorénavant, il y aura seulement des oto-rhinologistes ou peut-être des ophtalmo-rhinologistes. Le traitement des affections du larynx se fera, comme par le passé, par les procédés de la grande chirurgie jusqu'à ce que les progrès de l'endoscopie rendent les interventions de la grande chirurgie de plus en plus inutiles. Ces progrès de l'endoscopie ne sont possibles qu'à condition de créer de grands centres d'endoscopie où seront réunis tous les malades susceptibles d'un traitement endoscopique. Quant à la sauvegarde des spécialistes, le meilleur moyen, pour le moment, paraît être dans l'établissement d'un système de la reconnaissance du spécialiste par ses pairs. Les spécialistes par « génération spontanée » ne seront reconnus ni par les sociétés constituées, ni par les journaux scientifiques, ni par les tribunaux, ni par les annuaires médicaux officiels.

---

## FAIT CLINIQUE

### UN CAS D'ABCÈS CÉRÉBRAL OPÉRÉ ET GUÉRI

Par H. BOURGEOIS

Le lundi 30 septembre 1929, dans la matinée, M. P., 30 ans, m'est adressé par mon confrère le Dr Beaurepaire de Le Quesnoy, pour otalgie gauche qui dure depuis deux jours, pas très violente et intermittente, consécutive à un coryza. Le tympan est presque normal avec deux ou trois petites phlyctènes au voisinage de la paroi postérieure du conduit auditif. Une paracentèse faite au niveau de ces phlyctènes donne issue à quelques gouttes de sang et de pus. Je revois le malade tous les deux jours : une suppuration épaisse s'établit, peu abondante ; les douleurs disparaissent : il n'y a pas de température. Huit jours après, le malade se plaint à nouveau de souffrir de la région auriculo-mastoïdienne gauche par intermittences. La perforation du tympan est large et le pus abondant s'écoule facilement. A la pression, il y a une légère douleur au niveau de l'antre, mais aucune réaction apparente. L'état général est satisfaisant, la température ne dépasse pas 37°5. Le 10 octobre, dans la matinée, après une mauvaise nuit, en raison des douleurs plus accentuées, le malade est pris subitement d'une crise convulsive très courte avec perte de connaissance, d'après les dires de la famille. Quand le médecin arrive, tout est rentré dans l'ordre ; mais la température est montée pour la première fois à 38°, et la mastoïde est un peu plus douloureuse à la pression, toujours au niveau de l'antre, sans manifestation extérieure.

Appelé près du malade vers midi, je constate un écoulement toujours très purulent et abondant par la perforation tympanique bien ouverte, sans rétention dans la caisse du tympan. Mais le patient me paraît quelque peu fatigué, sans présenter aucun trouble méningé ni encéphalique.

Je décide de trépaner la mastoïde le jour même. L'opération a lieu à la fin de l'après-midi et fait découvrir des lésions *diffuses* et très étendues, avec peu de pus. La trépanation est poursuivie dans toutes les directions pour essayer d'atteindre la limite des lésions osseuses, difficile à préciser d'ailleurs. Il n'existe pas de trajet fistuleux conduisant vers la dure-mère cérébrale, le cervelet ou le sinus latéral. Après curettage minutieux, désinfection à l'eau oxygénée, la cavité est laissée largement ouverte et pansée à plat avec une mèche à lektogan.

La température tombe dès le lendemain au-dessous de 37° 5, le pouls est bien en rapport avec la température — la céphalée disparaît — jusqu'au cinquième jour, soit le 15 octobre. La famille remarque alors que le malade est quelque peu obnubilé ; il répond lentement aux questions qui lui sont posées. Il se plaint vaguement d'avoir mal à la tête. Le médecin traitant ne constate rien de précis à l'examen général, la température est aux environs de 37°2 le matin, 37°5 le soir, le pouls normal ; il n'y a pas de vomissements, ni de constipation, ni de réaction méningée. Les deux jours suivants, les symptômes constatés par la famille s'accroissent, la céphalée augmente, le malade s'exprime difficilement

quoique très lucide. Je suis appelé en consultation le 17 octobre. Je trouve un malade insouciant de son état, se plaignant d'une céphalée peu intense, mais persistante et non localisée. La température est à 37°6, le pouls à 72. Il n'y a pas de Kernig, pas d'inégalité pupillaire, ni d'autre signe méningé. Le fond d'œil est normal. Le malade s'alimente de fruits et de légumes, moins que les jours qui ont suivi l'opération, mais il n'y a pas de vomissements, ni constipation. Devant moi, le malade se lève, se promène dans la chambre et s'assied sur un siège sans difficulté.

Un seul symptôme se détache nettement dans ce tableau clinique, plutôt vague, et me frappe de suite : le malade présente de la surdité verbale très nette avec paraphasie. Le pansement est défait : la cavité mastoïdienne a un vilain aspect gris jaunâtre, les parties molles sont lardacées. Malgré l'absence de symptômes méningés ou cérébraux autres que la surdité verbale et en raison de celle-ci, je pose le diagnostic d'un abcès cérébral situé au niveau de la première C. T., et je propose à la famille une intervention immédiate, qui est acceptée.

La fosse temporale est largement découverte, et toute la région correspondante, trépanée à la gouge. La dure mère est mise à nu sur une très grande étendue (6 centimètres horizontalement, 4 centimètres verticalement). Elle ne bat pas ; elle est épaissie et jaune. Un foyer d'ostéite est découvert à la partie postérieure du toit de l'antra, dont la résection me permet d'établir une large communication entre les deux cavités de trépanation. La cavité mastoïdienne complètement revisée ne présente rien d'anormal dans les autres régions. Après désinfection, assèchement, repérage aussi exact que possible de la projection sur la dure mère de la première C. T., un bistouri étroit est enfoncé perpendiculairement à la dure mère dans le tissu cérébral à 3 centimètres de profondeur environ : un écoulement abondant, très abondant de pus se produit. Dès que l'évacuation du pus est terminée, un gros drain est introduit dans le tissu cérébral. Les suites opératoires ont été très favorables : aucune élévation de température, amélioration progressive de l'état général et de l'état psychique. La suppuration par le drain a persisté pendant plusieurs semaines. Celui-ci a été diminué progressivement de longueur et supprimé au bout de 5 semaines. Deux mois après l'intervention, la plaie était à peu près comblée, la cicatrisation terminée, et le malade avait récupéré presque complètement ses facultés intellectuelles. Il persiste encore quelques très légers troubles dans la mémoire des mots. L'état général est parfait

Cette observation mérite de retenir notre attention à plusieurs titres :

1° Rapidité d'évolution de la mastoïdite et de l'abcès cérébral, après une otite moyenne paraissant plutôt bénigne, sans symptômes généraux.

2° Evolution clinique en trois temps : l'invasion marquée par la crise épileptiforme, une période silencieuse et une troisième phase où un symptôme net de localisation, la surdité verbale, a commandé l'acte opératoire.

3° Nécessité d'une intervention précoce en pareil cas, sans attendre des symptômes cardinaux : tels que syndrome méningé, vomissements, stase papillaire, etc.

Enfin, au sujet d'une discussion récente à la *Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris* (séance du 11 avril 1929), il m'a semblé qu'en pareil cas il est prudent de drainer la cavité cérébrale qui contenait le pus, très abondant dans le cas particulier.

# SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 17 juin 1929

PRÉSIDENTIE DE M. REVERCHON

*Président*

## SOMMAIRE

<p>I. <i>Quintela</i>. — La troisième fonction du larynx ..... 45</p>	45	<p>VII. <i>Charpy</i>. — Présentation d'appareil ..... 51</p>	51
<p>II. <i>Moulonguet</i>. — Présentation de malades ..... 45</p>	45	<p><i>Halphen, Lemaître</i> ..... 51</p>	51
<p><i>Lemaître, Moulonguet, Halphen</i> ..... 46</p>	46	<p>VIII. <i>Grivot et Lallement</i>. — Thrombo-phlébite sinusale suppurée et signe de Queckenstedt ..... 52</p>	52
<p>III. <i>Higuet</i>. — Tuberculose miliaire aiguë du larynx chez un enfant de 5 ans ..... 46</p>	46	<p>IX. <i>A. Bloch et J. Lemoine</i>. — Traitement d'une laryngo-sténose par l'électro-coagulation ..... 53</p>	53
<p>IV. <i>M. Ombredanne</i>. — Tumeur du maxillaire supérieur ..... 47</p>	47	<p><i>Bloch, Canuyt, Lemoine, Duthéillet de Lamothe</i> ..... 54</p>	54
<p><i>Lemaître, Quintela</i> ..... 48</p>	48	<p>X. <i>Claoué fils</i>. — Quelques cas de chirurgie plastique nasale (Projections) ..... 55</p>	55
<p>V. <i>Bourgeois</i>. — Volumineux granulome du larynx. Thyrotomie. Présentation de malade ..... 48</p>	48	<p><i>M. Ombredanne</i> ..... 57</p>	57
<p>VI. <i>Miguel Garcier Marin</i>. — Anesthésie générale par injection intra-veineuse d'alcool éthylique en solution glucosée et présentation d'appareil ..... 49</p>	49	<p>XI. <i>Remy-Néris</i>. — Présentation de malade ..... 57</p>	57
		<p><i>Lemaître</i> ..... 58</p>	58

M. LE PRÉSIDENT. — Nous avons le plaisir d'avoir aujourd'hui parmi nous, le Prof. QUINTELA (*Montevideo*), D<sup>r</sup> CLAOUÉ Fils (*Bordeaux*), D<sup>r</sup> SEGURA (*Buenos-Ayres*), D<sup>r</sup> HICQUET (*Bruxelles*), Prof. COLLET (*Lyon*), Prof. CANUYT (*Strasbourg*), D<sup>r</sup> CHAVANNE (*Lyon*), D<sup>r</sup> VAN SWIETEN (*Bruxelles*), D<sup>r</sup> DE REYNIER (*Leysin*), Miss PATTERSON (*de Pittsburg*), D<sup>r</sup> AUCOIN, D<sup>r</sup> CHEVALIER JACKSON Fils, D<sup>r</sup> DOHLMAN (*de Upsala*),

D<sup>r</sup> MASCIAS (*de Buenos-Ayres*), D<sup>r</sup> Miss Mildred WARDE (*de Londres*),  
D<sup>r</sup> RAINFORTH (*Londres*), D<sup>r</sup> KENDALL (*Londres*), D<sup>r</sup> GIBSON (*Dundee*),  
D<sup>r</sup> SOUPER (*Aberdeen*), D<sup>r</sup> PALACIO POSSE (*Buenos-Ayres*).

Je leur souhaite à tous la bienvenue.

(*Appl.*).

### I. Quintela. — La troisième fonction du larynx.

### II. Moulonguet. — Présentation de malade.

Je présente aujourd'hui une malade dont le diagnostic me paraît fort embarrassant. C'est une femme de 49 ans qui n'avait jamais été malade jusqu'à maintenant, qui ne présente aucun antécédent héréditaire spécial et qui a été prise brusquement, il y a un mois, d'une crise de dyspnée violente. Son état d'asphyxie était tel qu'elle a été reçue d'urgence dans la nuit à l'hôpital Boucicaut. Le lendemain, le D<sup>r</sup> TREMOLIÈRE vit la malade, pensa d'abord à une crise de dyspnée aortique, puis, devant l'examen négatif de la radioscopie, soupçonna une dyspnée laryngée et me fit appeler.

Quand je la vis pour la première fois, cette femme présentait une crise de dyspnée laryngée typique, légèrement cyanosée, tirage sus-ternal, léger cornage. L'examen laryngoscopique, difficile du fait de l'asphyxie, me montra une grosse tuméfaction rouge de la moitié gauche du larynx et mon impression fut qu'il s'agissait d'une néoplasie ancienne, avec une poussée inflammatoire aiguë surajoutée.

La malade fut mise en observation ; on lui fit quelques injections de vaccin de BRUCHETTINI, des enveloppements chauds autour du cou, des fumigations et les phénomènes aigus ont rétrogradé. A noter que pendant toute cette phase la malade était absolument apyrétique et que l'examen extérieur du cou ne décelait aucune adénopathie, aucune tuméfaction profonde et ne réveillait aucune douleur. Au bout d'une semaine, la dyspnée ayant disparu j'ai pu examiner la malade d'une façon plus complète. A ce moment, la malade présentait un certain degré d'enrouement qui, dit-elle, n'aurait pas existé avant la crise.

La laryngoscopie montra que les lésions étaient exclusivement localisées à la moitié gauche du larynx. L'aryténoïde, le pli aryépiglottique et une partie du bord gauche de l'épiglotte sont fortement infiltrés, cachant en partie la bande ventriculaire sous-jacente. Avec un porte-coton cocaïné, on constate que cette infiltration n'est pas extrêmement dure et la masse aryténoïdienne, qui bascule en avant, réclinée, on aperçoit la bande ventriculaire également fortement infiltrée et épaissie, cachant la corde vocale, qu'il est impossible d'apercevoir. La muqueuse n'est pas ulcérée, sa coloration est rouge pourpre. Pendant la phonation tout l'hémilarynx gauche est immobile. Depuis cette époque, l'aspect des lésions ne s'est pas modifié malgré tous les traitements ; il est resté tel que vous le voyez aujourd'hui.

Le Wassermann a été négatif, l'examen des crachats ne montre aucun bacille et la radioscopie pulmonaire est négative. Le traitement intensif au cyanure n'ayant amené aucune régression des lésions, et une laryngoscopie directe ne m'ayant montré aucune ulcération sur la face antérieure de l'aryténoïde j'ai fait une biopsie profonde, en pleine bande ventriculaire. L'examen histologique a montré un tissu inflammatoire banal sans aucune trace de néoplasme.

Devant ce résultat négatif, mon embarras est donc grand ; j'avais pensé à la possibilité d'une arthrite crico-aryténoïdienne, mais les lésions s'étendent bien loin en avant vers l'épiglotte pour que ce diagnostic soit vraisemblable ; cette femme, d'ailleurs, ne présente aucunes pertes blanches qui puissent faire soupçonner une blennorragie. Je préfère donc encore croire à l'existence d'une néoplasie profonde sous-muqueuse qui aurait échappé à la biopsie, mais je serais heureux d'avoir l'avis de la Société sur ce point.

— **Lemaître.** Je ne dirai qu'un mot au sujet de cette malade fort intéressante ; elle présente une lésion pour laquelle on ne peut pas, par réflexe, émettre un diagnostic. Ce que l'on peut dire c'est qu'elle ressemble à certains malades qu'on a pu voir — et mon ami Halphen a présenté ici une malade qui est certainement celle qui se rapproche le plus de la malade de Moulonguet : gros cedème rouge de l'aryténoïde gagnant un peu en avant et pour laquelle nous avons été extrêmement embarrassé.

La trachéotomie a été faite ; on a pensé à l'arthrite crico-thyroïdienne, on a pensé à une affaire gonococcique, à une spécificité. Rien de tout cela. Finalement, l'évolution a montré que la malade avait une grosse adénopathie bilatérale. L'évolution a été ce que vous devinez. En somme, elle a fait une sorte de sarcome à type lymphoïde et l'exitus, au bout de deux ans, nous a permis de faire le diagnostic.

— **Moulonguet.** La seule objection que je puisse faire à l'hypothèse très ingénieuse de Lemaître c'est que cette malade n'a jamais eu de prurit.

— **Halphen.** Notre malade n'avait également pas de prurit : c'était une maladie de Hodgkin à début laryngé et ce n'est qu'au bout de plusieurs mois que sont apparus des ganglions, du prurit, etc.

### III. *Higuet (Bruxelles).* — Tuberculose miliaire aiguë du larynx chez un enfant de 5 ans.

La pièce prélevée à l'autopsie laisse voir des lésions localisées à la face postérieure de l'épiglotte et aux bandes ventriculaires.

Il existait des lésions miliaires du poumon de la grosseur d'une tête d'épingle, un seul tubercule de caséification récente — nombreux ganglions du hile et du médiastin, ainsi que du cou.

Dans la rate, on trouva de nombreux tubercules, granulations de l'intestin grêle, avec par places ronds formés par la coalescence de nombreux tubercules crus — ganglions mésentériques gros et nombreux ; à la surface



du cervelet, petit tubercule. Méningite séreuse, épanchement séreux dans le péricord (autopsie du Prof. Dustin et Dr Robert Verhoogen).

Le malade amené à l'hôpital Saint-Jean, fut trachéotomisé d'urgence pour œdème aigu glottique. Il présentait à ce moment de gros ganglions cervicaux même antérieurs, qui furent trouvés tuberculeux.

Le malade présenta toujours de la température et de la toux. Sur 7 analyses des crachats, 1 seule fois on trouva de rares exemplaires de B. K. dans une lame. La radiographie confirma le diagnostic de tuberculose miliaire.

L'état resta stationnaire pendant un mois, puis s'améliora 15 jours. Le malade fit à ce moment une rougeole qui l'emporta en 4 jours.

Les cas de tuberculose miliaire qui sont rapportés dans la littérature sont rares — les pièces que l'on recueille ne présentent pas l'aspect type de celle montrée, où il n'existe pas d'ulcérations résultant de la fonte des ganglions et des glandes. A ce point de vue elle méritait d'être présentée.

#### IV. M. Ombredanne (présenté par le Dr BOURGEOIS). — Tumeur du maxillaire supérieur.

Le malade que nous vous présentons est un homme de 34 ans, atteint de tumeur du maxillaire supérieur droit, à évolution palatine et surtout nasale, obstruant progressivement la fosse nasale droite dont elle soulève le plancher et la paroi externe, dédoublant le cornet inférieur.

Ce malade a été présenté en 1925 par le Prof. Léri à la Société médicale des Hôpitaux avec le diagnostic de *Maladie fibro-kystique de Recklinghausen*, un double processus anatomo-pathologique serait en cause chez ce malade :

*D'une part* : des lésions d'ostéite fibreuse avec productions tumorales, contenant des myéloplaxes ;

*D'autre part* : des cavités kystiques creusées soit dans les os, soit dans les néo-formations.

Outre ses tumeurs disséminées sur le squelette, ses anomalies de développement, ses incurvations osseuses, ce malade présentait alors des *tumeurs multiples des mâchoires* : dures, faisant saillie sous une muqueuse gingivale tendue, donnant à la radiographie un *aspect floconneux* (tissu plus ou moins dense creusé de cavités kystiques à contours irréguliers).

Ce sont ces tumeurs, découvertes en premier lieu par un dentiste, qui avaient amené le malade à se faire examiner. Leur accroissement semble s'être fait très lentement ; cependant nous avons opéré cet homme il y a 3 mois de sinusite fronto-ethmoïdale aiguë, avec complications oculaires, dont il a parfaitement guéri, et il ne présentait alors aucune obstruction nasale.

La tumeur du maxillaire supérieur qui actuellement obstrue sa fosse nasale droite et qui d'autre part soulève la lèvre supérieure, saillie sous une muqueuse gingivale tendue, et repousse le sillon gingivo-labial, recouvrant.

partiellement la canine et la première prémolaire, s'est donc développée en 3 mois, son point de départ semblant avoir été malaire, car le Prof. Léri l'avait observée en 1925 lors de son premier examen.

Ajoutons que cet homme avait en 1923 une *Réaction de W.* positive : il a subi alors un traitement par le sulfarnésol, qui a fait disparaître des douleurs paroxystiques des membres inférieurs dont il se plaignait.

En 1925, le W. du sang était négatif, néanmoins un traitement bismuthique fut institué, d'ailleurs mal toléré ; il fallut l'interrompre.

Il ne semble pas que les lésions osseuses aient été influencées par cette thérapeutique.

Tel est ce malade, fort intéressant de part la rareté de l'affection dont il est atteint et pour lequel nous serions heureux d'avoir l'avis de la Société, en ce qui concerne la conduite à tenir vis-à-vis de son obstruction nasale droite actuellement devenue totale.

— **Lemaître** conseille, étant donné qu'il ne s'agit pas de tumeur maligne, une résection modelante de la tumeur.

— **Quintela** (*de Montévidéo*) pense qu'une résection atypique du maxillaire supérieur serait l'opération de choix.

#### **V. Bourgeois. — Volumineux granulome du larynx. Thyrotomie. Présentation de la malade.**

M<sup>me</sup> J. M., 42 ans, a été prise d'enrouement vers le 15 janvier de cette année. Elle a vu un spécialiste qui lui a ordonné le traitement spécifique en raison d'une voussure de la partie gauche du larynx qui lui donnait l'impression d'une gomme.

Le gonflement a augmenté malgré le traitement, si bien que fin avril un accès de suffocation a nécessité une trachéotomie d'urgence.

La malade s'est montrée à nous avec une volumineuse tumeur assez pédiculée masquant totalement la glotte et paraissant insérée un peu au-dessus de la corde vocale gauche dans sa partie antérieure. Cette tumeur était lisse, présentait tous les caractères d'une néoplasie conjonctive. La malade a été montrée à la dernière séance et deux de nos Collègues ont penché pour un sarcome. J'ai pratiqué une thyrotomie il y a 15 jours, l'ablation de la tumeur a été facile et les suites opératoires simples.

L'examen de la pièce a été confiée à M<sup>lle</sup> GAUTHIER-VILLAR, qui en a donné communication au D<sup>r</sup> LECÈNE.

La réponse du Laboratoire est la suivante : « Le fragment prélevé est constitué par du tissu conjonctif recouvert, du côté du pédicule de la tumeur, par un épithélium malpighien, hyperplasié, mais dépourvu de modification d'ordre tumoral. Cet épithélium s'interrompt dans la partie la plus saillante de la masse prélevée après s'être progressivement aminci. Le tissu conjonctif qui constitue la tumeur elle-même présente des lésions inflammatoires caractérisées par un degré marqué de congestion vasculaire,

et par l'infiltration en certains points de cellules de la lignée blanche dans les interstices cellulaires. Par places on trouve une analogie avec les lésions du botriomycome. En résumé, il ne s'agit pas d'une tumeur au sens clinique et histologique mais d'une lésion inflammatoire du type du granulome télangectasique.

**VI. Miguel Garcia Marin. — Anesthésie générale par injection intraveineuse d'alcool éthylique en solution glucosée et présentation d'appareil.**

*Historique.* — La découverte de l'alcool étant aussi ancienne que le monde, il est évident que ses propriétés devaient être connues depuis les époques les plus lointaines : déjà à l'époque de l'ancienne Rome, les chirurgiens portaient les patients jusqu'au coma alcoolique afin de les opérer et, pendant les Guerres de Napoléon, les chirurgiens français opéraient les officiers blessés en les rendant ivre-morts.

Ainsi, ne croyez pas que je me présente avec les prétentions d'un créateur, car c'est seulement une application nouvelle que je présente. On savait que l'alcool est un anesthésique parce que, d'après les chimistes, le radical éthyle constitue la base des principaux anesthésiques et, comme il dissout les lipides, il pénètre le protoplasme des cellules nerveuses et perturbe son métabolisme, façon d'agir des anesthésiques d'après les théories de OVERTON et de HANS MAYER, lesquels rejoignent la théorie américaine qui prétend qu'en supprimant progressivement l'oxygénation, on peut non seulement faire disparaître simplement la sensibilité, la motilité, la mémoire, la volonté et la conscience, mais aussi arriver jusqu'à produire la mort par les troubles qui se produisent dans le métabolisme des cellules. Ces troubles affectent d'abord les cellules les plus avides d'oxygène entre lesquelles figurent en premier lieu les cellules nerveuses.

*Considérations générales relatives aux anesthésiques.* — Avant toute intervention chirurgicale, le chirurgien est obligé de conserver et prolonger la vie, obéissant ainsi au postulat thérapeutique « primum non nocere ». Cette condition primordiale remplie, il lui faut ensuite guérir la souffrance sans lui en substituer une autre plus grave.

L'immense majorité des opérateurs ont résolu ces deux problèmes, en raison de la précision de leurs techniques et, cependant, il y a beaucoup de malades qui succombent à l'anesthésie avant d'être opérés, ou qui meurent après l'opération ou conservent des lésions irréparables.

Peut-on rendre responsable le chirurgien de ces échecs lorsqu'ils sont, en grande partie, dus à l'imperfection des méthodes d'anesthésie et à la toxicité des anesthésiques employés ? Évidemment non. Mais, on ne peut nier que le POINT FAIBLE DE LA CHIRURGIE jusqu'à aujourd'hui a été l'anesthésie.

C'est pour cela que j'ai dépensé tous mes efforts à la recherche de la solution d'un problème aussi sérieux. Changer les méthodes qui me paraissent défectueuses et employer une substance moins toxique que celles universelle-

ment acceptées, ont été l'idéal que j'ai poursuivi dans le procédé d'anesthésie que je présente et qui consiste à pratiquer des injections intraveineuses d'une solution d'alcool éthylique diluée.

La voie veineuse élimine les syncopes initiales qui sont dues à l'irritation que produisent, sur la muqueuse des premières voies respiratoires, les anesthésiques qui sont administrés par *inhalations*. Si l'anesthésique n'est pas inhalé, il est théoriquement logique de supposer que cette méthode nous met à l'abri d'un si grave danger et la pratique, avec une statistique de 704 animaux et de plus de 400 cas humains, nous a montré la réalité de cette conception.

Lorsqu'on opère dans le crâne ou sur le visage, la méthode par inhalations, en plus du danger signalé, a l'inconvénient d'être gênante et d'exposer à la contamination du champ d'opération par les manipulations de l'anesthésie. DANS CES INTERVENTIONS, L'ANESTHÉSIE INTRAVEINEUSE S'IMPOSE, autant parce qu'elle laisse au chirurgien le champ d'opération complètement dégagé, que parce qu'elle évite les risques déjà signalés et supprime la salivation, dernier inconvénient qui gêne lorsqu'on opère sur la face.

Enfin, l'administration de l'anesthésique par la voie intraveineuse n'expose pas à la transmission de maladies contagieuses de l'appareil respiratoire, comme il arrive avec la méthode d'inhalations par l'intermédiaire de masques ; elle ne fait pas non plus courir les dangers du mauvais fonctionnement des appareils compliqués ou de manipulation défectueuse. Elle s'administre avec un appareil autant que possible précis, et d'une simplicité absolue dû à l'ingéniosité du D<sup>r</sup> ORTIZ.

Dans les opérations sur le ventre, on obtient par cette méthode un silence abdominal plus parfait que celui obtenu avec la rachi-anesthésie.

L'alcool éthylique est 137 fois moins toxique que le chloroforme et l'anesthésie chirurgicale qu'il produit s'obtient avec une dose trois ou quatre fois inférieure à la dose mortelle, tandis que l'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE PAR LE CHLOROFORME S'OBTIENT LORSQUE LE MALADE SE TROUVE AUX CONFINS DE LA DOSE TOXIQUE.

Tandis que le chloroforme, en tant qu'ennemi redoutable du myocarde, est proscrit lorsqu'il s'agit de cardiaques mal compensés parce qu'il peut produire l'arrêt, l'alcool éthylique possède une action de stimulant et de cardiotonique.

*Titre de la solution.* — Au Mexique, les meilleures concentrations que j'ai obtenues sont celles de 35 à 40 cm<sup>3</sup> d'alcool à 96° de sérum glucosé hypertonique à 25 %, mais tenant compte d'un principe biologique selon lequel tout animal réagit suivant son espèce et dans l'espèce suivant le propre individu, je suppose, d'après les renseignements que M. le D<sup>r</sup> CHARPY a bien voulu me donner et ma propre expérience dans les anesthésies que j'ai pratiquées en France, que les concentrations doivent différer par suite de constances raciales différentes en Europe.

*Dose.* — Au Mexique, pour notre race, les doses d'alcool à 96°, sans tenir compte du véhicule qui, comme je l'ai dit, est le sérum glucosé hypertonique

à 25 %, varient entre 2 et 3 cm<sup>3</sup> par kilogrammes de poids ; en France, ces doses paraissent être un peu plus élevées, comme je viens de le dire.

La technique d'application commence à être actuellement connue, car mon ami le Dr CHARPY m'a fait l'honneur d'introduire cette méthode dans les Hôpitaux de Paris, et tant pour cette raison comme pour ne pas fatiguer votre attention, je n'entre pas dans les détails mais, si vous me le permettez, j'aurai grand plaisir à vous la présenter pratiquement chaque fois que vous voudrez bien faire appel à moi, pendant mon séjour en France. Je remercierai particulièrement M. HALPHEN qui m'a permis de réaliser personnellement une anesthésie dans son service.

### VII. Charpy. — Présentation d'appareil.

Le Dr Raoul ORTIZ a réalisé un appareil destiné à faciliter l'injection intra veineuse d'alcool éthylique en solution glucosée.

Cet appareil qui vous est présenté en deux corps de pompe en cristal, portant une graduation en centimètres cubes, munis de pistons métalliques d'un certain poids, capables d'injecter dans la circulation veineuse la solution alcoolique, à une pression modérée. Ces pistons sont traversés par un conduit qui se continue par une tige creuse et munie d'un robinet à sa partie supérieure, de telle façon que l'air emprisonné dans le cylindre de verre, entre la surface du liquide et la face inférieure du piston mis en place, peut être aisément expulsé par la simple manœuvre du robinet.

L'un de ces corps de pompe reçoit une solution de sérum glucosé isotonique, tandis que l'autre est rempli de la solution glyco-éthylique anesthésiante.

Un système de robinetterie, commandé par une manette placée entre les cylindres, permet de réaliser l'injection de l'un ou de l'autre liquide, ou d'un mélange des deux, à volonté. Le liquide à injecter est refoulé vers une tubulure à laquelle on adopte un tube de caoutchouc muni de l'aiguille à injection intraveineuse. De chaque côté de la base métallique soutenant les corps de pompe, se trouvent deux ajutages métalliques permettant de remplir isolément l'un ou l'autre corps de pompe par simple aspiration du liquide approprié au moyen d'un tube en caoutchouc.

L'appareil est entièrement stérilisable à l'eau bouillante.

La vitesse de l'injection est modifiable à volonté soit en laissant les pistons agir par leur poids, soit en augmentant, à la main, la pression qu'ils exercent sur le liquide à injecter.

— **Halphen.** Les anesthésies que j'ai vu pratiquer dans mon service par Charpy et Garcia se sont passées très simplement. Le malade a présenté une excitation de paroles, un délire très doux et s'est endormi sans qu'on s'aperçoive du passage de la veille au sommeil. Il semble pourtant que l'hémorragie a été plus forte que d'habitude. Le malade, de temps en temps, s'est réveillé, ouvrant les yeux, sans faire de mouvements. Immédiatement on a injecté quelques centimètres cubes de la solution alcoolique dans le sang et il s'est endormi.

Toutefois il existe un inconvénient et le Dr Charpy en a parlé. Au réveil le malade était très gai, très exubérant, mais dès qu'il fut dans son lit, il se mit à arracher son pansement, à tirer sur son oreille : c'était un accès de delirium tremens et j'ai du revenir pour essayer de le calmer. Cette excitation n'est pas constante ; il semble d'ailleurs qu'on pourrait l'éviter en faisant aux malades une injection calmante.

Ces accidents ne doivent pas nous empêcher d'essayer cette méthode, elle est, sans inconvénients puisque 400 malades ont été endormis par l'alcool sans qu'il y ait eu la moindre réaction, sauf un cas d'hémoglobinurie, d'ailleurs transitoire.

— **Lemaître.** J'ai connu le Dr Garcia par l'intermédiaire de mon ami Halphen et les premières anesthésies ont été faites dans mon service. Aussi, je vais pouvoir vous donner mes impressions qui sont à peu près les mêmes que celles de mon ami Halphen. Je dis « mes impressions » car ce n'est pas sur deux cas qu'on peut juger une méthode : il est étonnant de voir qu'on peut introduire dans les veines d'un sujet une dose d'alcool à 95° et en faire passer tout près de 600 grammes en l'espace d'une 1/2 heure. J'avoue qu'au point de vue physiologique c'est un peu une surprise et si je n'avais pas connu le Dr Charpy, j'aurais hésité à lui confier le malade. Ce qui est extraordinaire, c'est la rapidité avec laquelle le sujet passe à l'état de sommeil.

S'il y a tendance au réveil, on réinjecte un peu d'alcool et l'opération peut durer aussi longtemps qu'on veut. L'hémorragie, toutefois, est un peu plus marquée, mais cela est insignifiant. Tout va donc très bien jusqu'à la fin de l'opération. C'est à ce moment-là que l'on commence à déchanter. Le cas de delirium tremens, je l'ai eu pour mes deux malades. Je ne veux pas dire que ce soit une objection à la méthode. A l'heure actuelle, si on ne peut rien modifier, c'est une objection. Mais il est possible, je crois, que l'on puisse modifier ce réveil-là qui, je vous le répète, est la seule objection.

Si bien que nous pouvons encourager nos confrères pour tâcher d'obtenir les mêmes résultats.

Il serait bon également de surveiller l'état de nos sujets par la suite, car, en somme, il peut y avoir des réactions à distance.

#### **VIII. Grivot et Lallemand. — Thrombophlébite sinusale suppurée et signe de Queckenstedt.**

L'observation résumée que nous avons l'honneur de rapporter est celle d'une Polonaise de 28 ans entrée dans le service de Saint-Antoine en mars 1929 avec le diagnostic de méningite aiguë d'origine auriculaire.

Nous n'avions aucun renseignement sur son histoire, elle ne parlait pas français et d'ailleurs son état d'obnubilation gémissante eût rendu bien problématique son interrogatoire.

Elle se présentait couchée en chien de fusil, tenant sa tête à deux mains, la température à 40°, le pouls à 120 ; un vomissement s'était produit pendant qu'on la couchait dans son lit ; raideur de la nuque et signe de Kernig étaient très prononcés.

A l'examen otoscopique l'oreille gauche était normale ; du côté droit on notait l'existence d'un écoulement purulent très fétide avec large destruction tympanique, ostéite du manche du marteau et grosses granulations grisâtres encombrant la caisse.

Du côté de la mastoïde pas de modifications appréciables dans la forme,



non plus que dans l'aspect et la consistance des téguments ; une forte pression exercée point par point sur l'os ne provoquait pas de réaction douloureuse.

La gouttière carotidienne gauche était libre.

Il n'existait pas de nystagmus spontané.

Bref cette maladie se présentait bien comme une réaction méningée au cours d'une otite chronique vraisemblablement réchauffée, sans symptômes mastoïdiens ; par la suite, d'ailleurs, nous avons pu apprendre qu'il s'agissait d'une otorrhée remontant à l'enfance et qui était devenue douloureuse depuis 8 jours en même temps qu'apparaissait une fièvre progressivement ascendante mais sans frissons.

Depuis deux jours la malade était dans l'état où elle fut amenée à l'hôpital.

La ponction lombaire pratiquée immédiatement en position couchée révéla une pression de 20 au manomètre de Claude et une limpidité parfaite du liquide qui contenait cependant 3 à 4 polynucléaires par champ.

Par contre la recherche du signe de Queckenstedt donna le fort intéressant résultat suivant :

La compression cervicale gauche, donc du côté sain, fit monter la pression de 20 à 45.

La compression cervicale droite, donc du côté malade, ne fut suivie d'aucune ascension manométrique ; l'aiguille resta à 20. Cette expérience fut répétée 2 fois, par des opérateurs différents, avec le même résultat.

Il devait donc s'agir d'une thrombose sinusale droite, faute de quoi le signe de Queckenstedt aussi nettement positif n'aurait été qu'un leurre.

Or l'intervention, c'est-à-dire l'évidement montra :

1<sup>o</sup> Une thrombo-phlébite suppurée ;

2<sup>o</sup> Un abcès extra-dural étendu du toit de l'attique en avant au sinus latéral en arrière, communiquant à ce niveau avec le pus intrasinusal ; il s'agissait d'une suppuration à anaérobies. Le tout sous une mastoïde éburnée.

Le malade guérit parfaitement après ouverture large de l'abcès et du sinus qui ne fut pas cureté ; une fermeture autoplastique fut pratiquée le 1<sup>er</sup> mai 1929, à l'aide d'un lambeau de glissement pour obturer l'importante perte de substance opératoire.

En définitive le signe de Queckenstedt, s'il n'a pas posé une indication opératoire qui aurait été superflue, a permis de prévoir une thrombose sinusale cliniquement inappréciable.

#### **IX. A. Bloch et J. Lemoine. — Traitement d'une laryngo-sténose par l'électro-coagulation.**

Il s'agit d'un enfant, âgé de 8 ans, porteur de canule depuis 4 ans. La trachéotomie a été faite le 12 juin 1925 dans les circonstances suivantes :

Le 6 juin 1925, l'enfant est pris brusquement de toux et d'étouffement,



mais sa voix reste claire. Sa sœur ayant la diphtérie, on a pensé qu'il s'agissait du croup et on a fait des injections de sérum antidiphtérique, puis le petit malade étouffant de plus en plus, il a été tubé pendant 2 jours, sans grande amélioration, et enfin trachéotomisé le 12 juin 1925.

Depuis cette date il n'a pu quitter sa canule. Un spécialiste a fait, sans résultat, une dilatation caoutchoutée après laryngostomie.

L'examen du larynx est difficile. A gauche, on croit voir 2 cordes vocales, l'une externe mobile, l'autre interne immobile. Mais en relevant suffisamment l'épiglotte, on s'aperçoit que la corde la plus interne, immobile, n'est qu'une bride trachéale située au niveau de l'orifice de trachéotomie, c'est-à-dire à un centimètre et demi environ au-dessous des vraies cordes vocales.

Par la plaie de trachéotomie, on trouvait, comme il est d'usage en pareil cas, un fort éperon trachéal postérieur se continuant latéralement, à gauche, par une forte bride, celle qui simulait la deuxième corde immobile, par laryngoscopie indirecte. La partie supérieure de l'orifice de trachéotomie s'enfonçait vers l'éperon postérieur.

Très simplement en deux applications diathermiques d'électro-coagulation, nous avons réduit l'éperon postérieur, la bride gauche et la partie rentrante et supérieure de l'orifice.

Voici la technique employée :

Insensibilisation locale, par la plaie trachéale, au porte-coton imbibé de cocaïne au 1/10 adrénalinée.

Electro-coagulation avec une pointe active (monopolaire) l'indifférente étant sur le siège condensateur. On aborde les lésions par l'orifice trachéal.

Nous avons préféré faire deux applications prudentes au lieu d'une pour éviter l'élimination du cartilage, craignant de laisser une trachée molle, exposée au rétrécissement ultérieur.

On a remplacé ensuite la canule ordinaire par une canule fenêtrée. Après avoir constaté que le malade respirait normalement, l'orifice externe de la canule étant bouché, nous avons décanulé le mal de sans gêner la respiration. Très rapidement, l'orifice de trachéotomie s'est rétréci, mais il a fallu faire une application diathermique sur la fistule restante pour la combler en une fois. Nous avons terminé par une plastique sur la peau.

Actuellement le malade est définitivement décanulé, il respire normalement, parle avec une voix qui reste légèrement rauque.

— **A. Bloch.** Si nous vous avons présenté ce malade, c'est parce qu'il nous a intéressé à cause de l'extrême facilité avec laquelle nous avons obtenu les résultats. Cet enfant avait gardé sa canule pendant 4 ans et il y avait eu plusieurs tentatives pour le décanuler. Nous avons été aidés par le fait que cet enfant était docile et qu'on arrivait à très bien voir l'aspect de son larynx avec, d'une part, une bride cicatricielle et, d'autre part, une espèce de promontoire postérieur qui était le témoignage de la pression par la canule.

Par ces séances, nous avons eu, sans aucune réaction inflammatoire, la disparition rapide de ces brides et nous avons pu alors mettre une canule fenêtrée. Nous avons

hospitalisé l'enfant pour nous assurer qu'il n'avait pas de tirage, puis nous avons laissé se fermer sa plaie extérieure.

— **Canuyt.** Cet enfant a-t-il eu une trachéotomie ou une laryngotomie ?

— **Lemoine.** Une trachéotomie très nette.

— **Canuyt.** Ceci est assez rare.

La complication chez les canulaires vient de ce que, souvent, chez les enfants, on est obligé de faire une trachéotomie très rapide et c'est cette trachéotomie qui détermine soit des ulcérations, soit des brides dans le genre de celles-ci.

Ce résultat est très beau.

— **Dutheillet de la Motte.** Il y a quelques années j'ai observé le cas d'un blessé de guerre comparable à celui de cet enfant ; il s'agissait d'un homme qui avait été trachéotomisé et dilaté par Bourgeois à Limoges. On était arrivé à supprimer la canule ; quelques années après, cet homme étouffait et j'ai dû refaire une trachéotomie. Ultérieurement, il est venu me supplier de lui enlever sa canule. Je l'ai fait venir à l'hôpital pour lui faire une plastique et au moment de l'opérer j'ai constaté qu'il existait un diaphragme : j'ai eu l'idée à ce moment de détruire ce diaphragme à la diathermie.

Le malade a guéri.

#### X. *Claoué fils.* — Quelques cas de chirurgie plastique nasale.

A la clinique de mon père à Bordeaux, nous avons eu l'occasion ces temps derniers de traiter un certain nombre de cas de chirurgie plastique et esthétique du nez. Veuillez me permettre de vous présenter ceux qui nous ont paru avoir quelque intérêt.

1<sup>o</sup> Voici une jeune fille, M<sup>lle</sup> B... dont la photographie de face montre une déviation traumatique remontant à l'enfance. Le nez osseux est porté à gauche de 20° environ par rapport à la verticalité et le nez cartilagineux à gauche d'un angle de même valeur. L'union de la partie osseuse avec la partie cartilagineuse, forme un angle d'environ 150°. L'examen rhinoscopique révélait en outre une forte déviation de la cloison à gauche, entraînant une obstruction nasale à peu près totale de ce côté.

Nous avons fait la résection sous-muqueuse de la portion déviée de la cloison. Puis, après avoir libéré le nez osseux de son union avec les branches montantes et l'épine frontale, nous l'avons mobilisé vers la droite et maintenu en position correcte.

Si on examine la malade après l'opération on peut voir que l'arête nasale osseuse et cartilagineuse est bien dans l'axe normal.

Dans le traitement post-opératoire, pour maintenir le nez en bonne position, nous avons utilisé l'excellent appareil de Moulouguet. Mais l'expérience nous a montré que cet appareil gagnerait en perfection s'il y avait indépendance du mouvement de bascule des deux pelotes droite et gauche. Voici l'appareil tel que nous l'avons fait modifier dans ce sens par Luer.

2<sup>o</sup> Il s'agit d'un homme, M. H., porteur de volumineuses varices de la face avec un état couperosique très prononcé. Quand ce malade vint

nous trouver, bien des thérapeutiques avaient été tentées sans succès radiothérapie, injections d'adrénaline, scarifications, etc...). Le côté droit de la face a été seul traité jusqu'ici avec succès. Ce résultat a été obtenu par électro-coagulation.

3<sup>o</sup> Voici un autre malade porteur d'un nez difforme. Vu de face, vous voyez l'os propre gauche faire une forte saillie sous la peau : le nez est long et légèrement dévié ; les ailes forment une saillie exagérée (nez un peu ; en pomme de terre). Vu de profil, la bosse s'accuse. On voit la porte du nez tombante en raison de la disparition du soutien cartilagineux, car ce malade avait été opéré antérieurement d'une résection trop généreuse de la cloison.

Voici les photographies après l'opération. Vu de face, l'arête nasale est bien rectiligne, la pointe du nez a été remontée, les ailes ont été amincies. Vu de profil, la bosse a disparu.

Au sujet de la technique, disons, à l'occasion de ce cas, qu'à côté des râpes, nous avons trouvé très pratique l'usage du burin pour faire sauter la bosse. Mais le burin non protégé travaillant sous la peau est dangereux pour elle : il risque de la trouser. J'ai vu le fait se produire entre les mains d'un opérateur cependant habile et entraîné. Aussi avons-nous trouvé prudent de faire construire des burins latéralement protégés. Nous avons fait faire un modèle pour agir en surface et un modèle pour agir en profondeur. Pour la fracture des parties latérales, nous avons adopté des scies de Schiots, les modèles que nous avons fait construire rappellent, comme forme, les scies de Joseph mais elles ont l'avantage de s'adapter à un manche mobile et d'être fines.

4<sup>o</sup> Voici un cas bien curieux. M<sup>lle</sup> C... est une fillette de 7 ans, présentant une anomalie congénitale du nez. Vu de face on voit le nez aplati par l'absence de développement du lobule avec des sillons verticaux, légèrement obliques à gauche. On remarque aussi l'élargissement de la racine du nez et l'écartement anormal des yeux. La photographie de profil montre nettement l'absence de lobule et de sous-cloison. Cette malade ne présente pas d'obstruction nasale, n'a pas d'antécédents syphilitiques. Il n'y a pas eu dans sa famille de déformations analogues.

Voici les radiographies :

Celle de face montre l'élargissement anormal de l'ethmoïde et des sinus frontaux très volumineux.

La radiographie de profil montre le développement en hauteur des sinus frontaux et surtout l'absence de développement des os propres du nez, ce qui, je crois, est une anomalie très rare.

La radiographie de la base du crâne montre que le sinus sphénoïdal n'est pas développé et l'hypertrophie de la fosse nasale droite.

Signalons, en outre, que cette petite malade présente de l'hypertrophie congénitale du pied droit.

Ce cas nous a paru intéressant, en raison de la rareté, en raison de l'anomalie de développement des sinus frontaux et de l'ethmoïde, en raison de

l'absence des os propres et du jour qu'il peut jeter sur l'évolution des bourgeons formateurs de la pointe du nez.

Les parents de cette petite malade me demandent de tenter une intervention pour améliorer son esthétique. Je ne suis pas encore très fixé sur le genre d'intervention qu'on pourrait utilement pratiquer. Aussi, en terminant serais je très heureux, messieurs, si vous vouliez à ce sujet me donner vos impressions et vos conseils.

— **M. Ombredanne.** Je pense que pour la malade présentée par M. Claoué, à laquelle il s'agit de refaire un lobule du nez, l'opération de choix est une *autoplastie italienne* avec lambeau brachial à pédicule inférieur. Le lambeau d'une telle autoplastie, lorsqu'il a été suturé à la perte de substance nasale se met, après section de son pédicule, spontanément *en boule* par rétraction cicatricielle de sa face cruentée, et reconstitue un lobule parfaitement arrondi et bien étoffé.

Il ne faut pas faire de lambeau doublure dans ce type de restauration car le lambeau se double de lui-même par rapprochement de ses bords.

Les différents temps de l'intervention doivent être :

1° Suture du lambeau à la perte de substance et immobilisation du bras dans un appareil ad hoc ;

2° Du 12<sup>e</sup> au 13<sup>e</sup> jour section du pédicule du lambeau près de son implantation brachiale ; il faut le laisser *pendre* au bout du nez comme un véritable petit appendice ;

3° Au bout de 3 semaines à 1 mois, ce lambeau s'est *mis en boule*, ses bords se sont rétractés aux dépens de leur face cruentée.

Il suffit alors de le suturer au nez, après avivement pour obtenir l'arrondi et le saillant du lobule.

Ce n'est que dans une intervention ultérieure qu'on pourra allonger la sous cloison et réaliser des inclusions cartilagineuses destinées à soutenir le lobule et refaire une arête nasale.

#### XI. *Remy-Néris* (présenté par M. LEMAITRE). — **Présentation de malade.**

Marguerite M., 59 ans. Entre d'urgence dans le service du D<sup>r</sup> LEMAITRE le dimanche 9 décembre 1928 pour dyspnée intense à type laryngé avec tirage.

La trachéotomie est faite aussitôt.

Le début des accidents remonte à deux mois environ ; ils consistent en une gêne respiratoire progressive et surtout nocturne.

L'examen laryngoscopique pratiqué 3 jours après l'intervention confirme les renseignements qu'avait donnés un examen rapide pratiqué immédiatement avant celle-ci.

Il montre une infiltration de la sous-glottte très marquée, du côté gauche. La muqueuse à ce niveau présente un aspect légèrement velvétique, mais le larynx est propre ; l'épiglotte, les bandes, les aryténoïdes et les cordes ont un aspect normal.

En présence de l'aspect de cette lésion on pense à une spécificité tertiaire

du larynx, confirmée par les réactions sérologiques (WASSERMAN et HECHT franchement positives.

On soumet la malade à un traitement mercuriel (cyanure intra-veineux) tout en lui conservant la canule dont elle ne peut se passer.

Dans les deux mois qui suivent, une amélioration très nette se produit dans les signes fonctionnels aussi bien qu'au point de vue local, à tel point qu'on peut supprimer la canule.

Puis les signes de sténose reprennent progressivement. Une laryngoscopie directe montre l'étendue de la tuméfaction qui descend très bas dans la sous-glotté. Pas d'ulcération, la tumeur ne saigne pas.

On soumet la malade à un traitement bismuthique intra-musculaire.

Aucune amélioration ne se produit et la malade supplie qu'on la débarasse de sa canule et de sa tumeur.

On décide un thyrotomie exploratrice. Le Dr AUBIN s'en charge, mais il est amené à pratiquer une hémilaryngectomie étant donné l'aspect des lésions : infiltration étendue de l'hémi-larynx gauche avec muqueuse grise, et, près de la ligne médiane, sur la surface de la tumeur, 2 ou 3 saillies gris bleuâtre de nature suspecte. Le résultat de l'examen histologique montre que cette infiltration primitivement d'origine spécifique à peu près certaine, a subi secondairement une transformation maligne et que cette transformation s'est révélée comme étant très particulière ; le laboratoire en effet a répondu : Tumeur d'origine conjonctive à myéloplaxes probables.

Actuellement la malade est sortie de l'hôpital avec un bon état général. On ne lui a pas encore supprimé la canule.

— **Lemaitre.** J'ajouterai un petit mot : cette malade a une syphilis tertiaire du larynx qui, malgré le traitement, n'a pas guéri de sa sténose et pour laquelle nous pensions qu'il s'agissait d'un épithélioma greffé sur une lésion de spécificité.

Lorsqu'un malade atteint de syphilis tertiaire du larynx ne guérit pas de sa sténose sous l'influence du traitement, il faut se méfier, car il y a habituellement un épithélioma qui se développe. Mais ici, Aubin a trouvé une tumeur conjonctive extrêmement particulière.

Il est difficile de voir des myéloplaxes plus gros que ceux que vous pouvez voir sur la coupe ; ils ont même ceci de particulier, c'est qu'on voit le cartilage très bien conservé en un point qui est ici.

L'intérêt de cette malade est double : d'une part, elle semble montrer qu'une lésion peut se développer sur un terrain spécifique *in situ* là où il y avait une lésion tertiaire, et d'autre part, dans le cas particulier, cette néoformation reflète un caractère tout à fait rare, tout à fait particulier, qui semble être du tissu conjonctif de la charpente, c'est-à-dire du périoste de l'os, et, en effet, la topographie également nous montre ces tissus dont le cartilage est tout à fait normal et vous pouvez voir se développer tous ces points que vous voyez nettement sur la coupe.

---

## NOTES DE LECTURE

---

### LA PAPILLOMATOSE LARYNGÉE <sup>(1)</sup>

d'après H. DAHMANN

Malgré le grand nombre de traitements préconisés contre les papillomes du larynx, cette affection réserve encore trop souvent des déceptions thérapeutiques aux praticiens.

Dahmann fait une étude d'ensemble complète et très documentée sur cette importante question. Le but principal de son travail est de faire un choix dans la foule des méthodes thérapeutiques. Il se donne particulièrement pour tâche de vérifier à l'aide de la bibliographie et de ses observations personnelles, si le pessimisme qui règne dans certains milieux médicaux quant aux possibilités de guérison complète de la papillomatose laryngée est justifié.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — La toux est un symptôme exceptionnel. Elle n'existe d'ailleurs, et peu intense, que dans des cas de papillomes de la corde, qui gênent la fermeture de la glotte. Tandis que la dyspnée constitue un symptôme d'alarme, qui presque toujours pousse l'entourage du malade et le médecin à intervenir, les troubles de la phonation sont eux très souvent négligés ; Pourtant ils sont par eux-mêmes très susceptibles de porter au malade un grave préjudice, au point de vue de l'éducation chez l'enfant, au point de vue social chez l'adulte.

**PRÉDISPOSITION.** — Il semble bien que la constitution joue un rôle dans l'étiologie des papillomes ; une prédisposition spéciale, d'ailleurs de nature indéterminée, paraît nécessaire, pour contracter la maladie et de plus, ne sont pas inoculables à n'importe quel individu. L'enfant semble plus exposé à cette maladie que l'adulte ; d'autre part il est exceptionnel de voir apparaître des papillomes à l'âge de la puberté ; on peut au contraire observer à ce moment une disparition spontanée. Ces faits d'expérience sont absolument inexplicables.

**MORPHOLOGIE.** — Le papillome laryngé se présente le plus souvent sous forme d'un chou-fleur de coloration rose grisâtre. C'est en général une néoformation molle, un peu villeuse, plus ou moins pediculisée ayant peu de ten-

<sup>(1)</sup> *Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie u. ihre Grenzgebiete*. Vol. 18, fasc. 5/6, p. 383-462, octobre 1929.

dances à saigner lorsqu'on la touche, Les papillomes sessiles sont en général de consistance plus ferme, ils sont moins saillants et de coloration plus claire. A côté de petits papillomes isolés on en rencontre souvent en telle quantité qu'on peut se demander comment la respiration est possible, vu qu'on ne perçoit plus aucun trajet à l'examen laryngoscopique. On a observé des cas où ils descendaient dans la trachée, même jusqu'à la bifurcation (ULLMANN)

Le *diagnostic différentiel* présente rarement des difficultés. En cas d'infections secondaire l'aspect papillomateux se modifie et les tumeurs sont alors un caractère plutôt d'infiltration inflammatoire et un peu gélatineux. Chez les sujets âgés on voit des papillomes plus sessiles, à surface plus lisse, de coloration plus claire. Dans ces cas le diagnostic est à faire avec la pachydermie, l'hyperkératose, le tuberculome et le cancer, et ne sera souvent tranché que par la biopsie.

**STRUCTURE HISTOLOGIQUE.** — Les papillomes sont des fibroépithéliomes bénins. Suivant les cas c'est la prolifération conjonctive ou l'épithéliale qui est prépondérante. D. donne les images histologiques de toute une série de papillomes cutanés ou muqueux qui montrent les différentes variations de structure de ces néoformations. Le conjonctif varie d'aspect, d'abondance, de vascularisation, il est plus ou moins fibreux ou au contraire œdémateux. L'épithélium, lui aussi très variable quant à l'épaisseur le plissement etc., présente en principe l'aspect de celui de la muqueuse sur laquelle la tumeur est implantée. Il faut se rappeler que celle-ci peut avoir subi des métaplasies préalables. Mais quelle que soit l'incidence sous laquelle le tissu épithélial tumoral est coupé, on reconnaît toujours dans les coupes les différentes couches caractéristiques de l'épithélium normal. D'autre part, et ce fait est très important à vérifier en pratique, la limite entre le tissu épithélial et le conjonctif est toujours nette et précise, sauf en cas d'infection secondaire accusée ; celle-ci peut en effet rendre la délimitation conjonctivo-épithéliale plus imprécise. BONNES a constaté que les hypertrophies épithéliales papillomateuses peuvent dans certains cas pénétrer dans les canaux excréteurs des glandes. Le caractère destructif que les papillomes présentent quelquefois cliniquement comme dans un cas d'ULLMANN, où ils ont détruit toute la paroi trachéale, ne correspond pas à une véritable destruction par invasion des tissus, mais à une usure progressive, due à une compression par des tumeurs volumineuses. (« Drückusür »).

**ERREURS DE DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUES.** — Des difficultés peuvent provenir de coupes mal orientées. Dans des cas pareils, on peut apercevoir des îlots épithéliaux isolés dans le conjonctif. Comme d'autre part, l'infection secondaire peut rendre la limite épithélio-conjonctive imprécise on peut être amené à tort à poser un diagnostic de cancer. D. rapporte un cas de ce genre qui lui a été adressé pour laryngectomie. Il est donc très important d'avoir des examens histologiques corrects faits sur des fragments suffisants. Autant que possible la biopsie doit porter sur le bord de la formation. En cas de doute il faut suivre soigneusement le malade, et répéter la biopsie.

**DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNE.** — Elle n'est pas très rare chez les sujets



agés. Lorsque la dégénérescence est nettement établie, ni le diagnostic clinique, ni le diagnostic histologique ne présentent de difficultés ; il n'en est pas de même lorsque celle-ci est à son début. DAHMANN attache une assez grande importance à la façon dont se comporte la perte de substance faite lors de la biopsie : elle guérit rapidement en cas de papillome, mal en cas de tumeur maligne. Il rapporte l'histoire et les coupes d'un cas personnel, où la dégénérescence maligne est restée très discutable, malgré plusieurs examens. A un seul endroit, la limite entre les bourgeons épithéliaux et le conjonctif est un peu irrégulière, et il y a quelques rares mitoses. Le malade fut soumis à la radiothérapie. Après plusieurs mois seulement l'image clinique se modifia dans le sens de la malignité, et en même temps les coupes présentèrent l'aspect histologique typique de l'épithélioma.

PATHOGÉNIE. — Les anatomo-pathologistes sont divisés en deux camps : pour les uns, c'est la prolifération conjonctive qui est primitive, pour les autres, c'est la prolifération épithéliale. D. admet les deux possibilités. En tout cas le développement des deux tissus est variable suivant les cas, vu qu'on observe des papillomes très riches en conjonctif et recouverts d'une mince couche épithéliale, aussi bien que d'autres, où le conjonctif est très réduit et la couche épithéliale extrêmement importante.

ÉTIOLOGIE. — L'auteur rejette une relation de cause à effet tant avec la tuberculose qu'avec la syphilis. Il pense que tous les faits observés s'expliquent très aisément, si l'on admet le rôle joué dans la genèse des papillomes par l'élément irritation locale. Celle-ci peut avoir comme cause soit une infection chronique, soit une irritation mécanique. En effet, les papillomes se rencontrent plus particulièrement sur les parties du corps exposées à des irritations. Dans le larynx, la toux joue un rôle très important, car elle soumet tout le vestibule laryngé à une action mécanique très violente.

TRANSMISSIBILITÉ. — L'inoculabilité des papillomes est très couramment admise. ULLMANN a publié un cas particulièrement suggestif : Après avoir raflé la lèvre d'un enfant avec une curette qui avait servi à l'ablation de papillomes, cet auteur a vu se former 3 mois après à cet endroit des verrues qui s'étendirent à toute l'hémiface. D. a entrepris une série d'expériences pour préciser cette question, elles ont consisté en :

- 1<sup>o</sup> Implantation de tissu papillomateux chez l'homme ou chez l'animal ;
- 2<sup>o</sup> Implantation de la base d'insertion du papillome ;
- 3<sup>o</sup> Inoculation de liquide papillomateux par injection intra-cutanée à l'animal ;
- 4<sup>o</sup> La même inoculation après avoir fait une lésion superficielle de l'épiderme ;
- 5<sup>o</sup> Inoculation du liquide à l'homme, atteint ou non de papillomes. Pour obtenir un liquide papillomateux exempt de cellules et de microbes, les papillomes fraîchement prélevés ont été découpés en grumeaux très fins, exprimés par trituration dans un mortier avec du sérum physiologique, puis filtrés par une bougie CHAMBERLAND OU BERKEFEKD. Le *ph* de ce liquide est très important et doit être contrôlé. Les résultats ont été les suivants :

Avec la méthode très rigoureuse qui a été employée, toutes les inoculations aux animaux ont été négatives; chez l'homme plusieurs inoculations de tissu papillomateux ont été positives, mais toutes les inoculations avec du liquide tissulaire, provenant de papillomes, qu'il soit filtré ou non, ont été négatives.

ULLMANN dans des expériences analogues aurait eu au contraire des résultats positifs. Il résulte de ces faits que l'inoculation de tissu papillomateux est possible, mais il semble s'agir de greffes, étant donné que les inoculations de liquide tissulaire ont été négatives, ce qui parle contre l'hypothèse d'un virus. Dans les cas où des inoculations par du sang ont été observées en clinique, il est possible que des fragments de tissu aient été inoculés en même temps.

INVOLUTION SPONTANÉE. — On admet assez couramment la guérison spontanée des papillomes au moment de la puberté. Les recherches bibliographiques de D. ne permettent cependant pas de donner à cette hypothèse une base précise. Il n'a en effet pu trouver dans la littérature des 20 dernières années, qu'un seul cas net (SWAIN) de papillomes non traités ayant guéri spontanément. Pour les cas traités chirurgicalement il est difficile d'avoir une opinion certaine, car il peut s'agir alors d'épuisement de la tendance aux récurrences. La comparaison de fréquence des papillomes, chez l'enfant et chez l'adulte n'est pas probante vu que la mortalité par suffocation paraît appréciable. (17 morts sur 88 cas traités chez ROSENBERG, 6 morts sur 7 cas non traités chez HANSBERG.) La trachéotomie favorise manifestement la guérison ou l'amélioration en mettant le larynx au repos.

RÉCIDIVES. — Elles surviennent pour les raisons suivantes :

- 1° Ablation incomplète ;
- 2° Continuation de l'irritation causale ;
- 3° « Germes latents » qui commencent à bourgeonner après l'ablation ;
- 4° Prolongements papillomateux se trouvant dans les canaux excréteurs des glandes ;
- 5° Greffage de fragments tumoraux sur les surfaces traumatisées ;
- 6° Possibilité de l'action d'un virus ;
- 7° Intervention des facteurs hypothétiques de constitution et de disposition générale qui commanderaient la tendance aux récurrences. Cette tendance est extrêmement variable, et on observe le plus souvent au cours d'intervention répétées un épuisement progressif, qui fait que les récurrences se font de moins en moins abondantes.

### Thérapeutique

STATISTIQUES. — L'auteur a étudié de près les résultats contenus dans 138 publications sur ce sujet : Au début de l'ère laryngologique l'ablation sous laryngoscopie indirecte était à peu près seule pratiquée. Plus tard, la grande chirurgie laryngée se développant, elle fut largement appliquée à la thérapeutique des papillomes. Dans les temps plus récents l'ablation

par laryngoscopie directe est de plus en plus pratiquée dans les pays de langue allemande. C'est elle qui donne le pourcentage de guérisons le plus favorable dans la statistique d'ensemble dressée par D., avec 39, 4 % de guérisons certaines, 42,1 % de guérisons plus ou moins incertaines, 4,6 % d'améliorations, 13,2 % de cas non guéris, et 0,7 % de décès. Il faut noter que la mortalité a été progressivement décroissante depuis les premières statistiques jusqu'à nos jours. L'auteur discute ensuite les différentes méthodes :

TRACHÉOTOMIE. — Il faut distinguer :

1<sup>o</sup> La trachéotomie palliative en vue de combattre l'asphyxie menaçante. D. ne l'admet qu'en cas d'absence d'un spécialiste. En tout autre cas il faut combattre l'asphyxie en pratiquant l'ablation immédiate des tumeurs ; en cas de grande urgence, D. conseille d'introduire rapidement un bronchoscope à travers les masses papillomateuses, puis d'en faire l'ablation en retirant progressivement le tube ;

2<sup>o</sup> La trachéotomie, soit dans un but curateur, soit comme temps préliminaire à une intervention ultérieure. La comparaison du nombre de cas de guérisons spontanés avec le chiffre de mortalité après trachéotomie permet de rejeter cette méthode comme méthode autonome, surtout si on se rappelle les multiples inconvénients que peut avoir le port d'une canule chez un enfant. En résumé D. n'admet la trachéotomie que comme intervention d'extrême urgence lorsque le traitement endoscopique est impossible.

INTUBATION. — Elle n'a guère de guérison à son actif.

LA GRANDE CHIRURGIE LARYNGÉE. — (Laryngectomie, laryngotomie, thyrotomie et laryngostomie). ROSENBERG cite un cas de laryngectomie pour papillomes. Cette façon de faire n'est pas admissible.

D. est adversaire de la laryngostomie et de la thyrotomie, particulièrement en raison des suites fâcheuses qu'entraînent d'après lui ces interventions, surtout si l'on est obligé de les répéter, ce qui serait nécessaire dans 49 % des cas d'après ROSENBERG. Cet auteur concluait qu'en tout cas on n'avait le droit de tenter une thyrotomie qu'une seule fois. C'est la comparaison de la fréquence des récidives avec les inconvénients de thyrotomies répétés qui surtout fait rejeter à D. cette intervention. On a aussi observé de temps en temps des greffes papillomateuses dans l'incision cutanée.

La laryngostomie présente de grands avantages au point de vue de la surveillance des récidives, mais D. la rejette en raison de ces inconvénients au point de vue fonctionnel.

INTERVENTIONS ENDOLARYNGÉES INDIRECTES. — Il faut condamner toutes les méthodes aveugles (éponge de Voltolini, tubes fenêtrés etc.) Le serrement est d'un maniement difficile, il est même impossible à appliquer dans beaucoup de cas. La méthode de choix est l'ablation à l'aide de pinces appropriées, sous le contrôle rigoureux de la vue. On peut attribuer la fréquence relativement grande des récidives au fait que la laryngoscopie indirecte n'est praticable que sous anesthésie locale et que le succès de l'intervention dépend entièrement de la façon dont se comporte le patient, d'où graves difficultés surtout chez les enfants.

**MÉTHODES ENDOSCOPIQUES DIRECTES.** — C'est à elles que D. donne de loin la préférence. Il recommande la laryngoscopie en suspension («Schweben») de Killian où une de ses modifications par exemple la «Stütz-autoskopie de Seiffert, sous anesthésie locale ou générale. Les papillomes doivent être enlevés en ménageant le plus possible la muqueuse, contrairement aux conseils de CLYDE LYNCH, qui, lui, les enlève profondément avec leur base d'implantation. Lorsque les tumeurs sont très abondantes, D. les enlève en 2 temps à quelques jours d'intervalle. Il ne faut pas se laisser décourager par la possibilité de récides, car souvent, lorsqu'on répète l'intervention elles deviennent de moins en moins importantes, et on finit par guérir définitivement son malade.

**CHIMIOTHÉRAPIE (LOCALE).** — Dans la bibliographie on indique l'alcool, le chlorure de zinc, l'acide lactique, l'acide trichloracétique. D. considère l'emploi de ces deux dernières substances comme non dépourvu d'inconvénients. D'autre part il est difficile de juger de leur efficacité, car elles sont toujours employées après traitement chirurgical. WITTMACK a recommandé l'acide nitrique fumant. D. considère son emploi comme utile à condition qu'il ait lieu après traitement chirurgical, avec beaucoup de prudence, en employant des instruments spéciaux, et en évitant de l'appliquer au niveau de la commissure antérieure.

**ELECTROTHÉRAPIE.** — (Electrolyse, galvanocautérisation, fulguration.) D. est en général opposé à ces méthodes. Le galvanocautère peut être employé exceptionnellement pour cautériser par exemple prudemment le pédicule d'un papillome isolé de la bande ventriculaire. La fulguration (application de haute fréquence à l'aide de tubes en verre fermés contenant des gaz spéciaux) n'aurait pas d'utilité. (Il ne parle pas de l'étincelage de tension — tige métallique dans une gaine de verre ouverte —, qui jouit en France actuellement d'une certaine vogue).

**DIATHERMIE CHIRURGICALE.** — Elle est déconseillée pour les mêmes raisons que les méthodes précédentes, c'est-à-dire les difficultés de limiter exactement l'action du courant. D. considère la méthode comme dangereuse dans le larynx.

**TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX.** — On a préconisé la magnésie calcinée, 2 à 5 grammes par jour pris pendant des mois, (CLAUÉ), et plusieurs auteurs ont indiqué des résultats postifs. D. met l'effet de ce médicament sur le compte d'une action trophoneurotique, et conseille son emploi combiné au calcium dans des cas légers.

**RADIOTHÉRAPIE.** — La bibliographie contient relativement peu de cas de guérison, mais un assez grand nombre d'accidents sérieux auxquels on s'expose surtout chez les enfants, dont le larynx est très sensible aux rayons X. On a en particulier observé assez souvent des arrêts de croissance. Les échecs s'expliquent aussi par le fait que les papillomes sont souvent très résistants aux rayons. Les indications données par les auteurs en ce qui concerne la technique sont d'ailleurs extrêmement discordants. Il faut admettre que les rayons X peuvent être utiles dans certains cas, mais là, comme toujours

en cette matière, tout est dans la manière de les appliquer. D. considère de nouvelles recherches sérieuses comme urgentes.

**RADIUMTHÉRAPIE.** — Le problème est à peu près le même pour la radium-thérapie à distance, mais l'auteur s'élève avec véhémence contre la radium-thérapie endolaryngée. Il cite plusieurs accidents très graves, dont un observé par lui-même avec destruction complète de la carcasse laryngée et suivi de mort. Il reproche en outre, à la méthode, la nécessité d'une trachéotomie préalable et ses insuccès nombreux.

**GUÉRISON SPONTANÉE.** — Beaucoup de médecins croient pouvoir escompter cette issue avec une quasi-certitude, au moment de la puberté surtout. D. cite le cas de 2 enfants auxquels l'hospitalisation fut refusée par le médecin de confiance de la caisse d'assurance pour cette raison. et dont un succomba par asphyxie. Vu le danger que fait courir la présence de papillomes abondants aux enfants atteints, et la perspective incertaine de guérison spontanée de ces tumeurs, D. conseille formellement de ne pas se confiner dans l'abstention, sauf peut-être lorsqu'on a affaire à des petits papillomes solitaires, sans troubles fonctionnels, ni tendance à l'extension, chez des sujets près de la puberté.

**CAS PERSONNELS.** — D. a traité personnellement plus de 50 cas, dont 19 ont pu être réexaminés. Tous ont été traités par l'ablation endo-laryngée, directe ou indirecte ; dans 3 cas la radiothérapie a été utilisée à titre adjuvant, dans 3 cas l'acide nitrique fumant. Il a 63,2 % de guérisons complètes (plus d'un an, voix intacte) ; 15,7 % d'améliorations ; 21,1 % d'échecs ; aucun décès.

**PRONOSTIC.** — D. considère le pronostic comme relativement bon, quelque soit l'étendue de l'affection, et si on répète l'ablation minutieuse des tumeurs, quelque soit la fréquence des récidives. En tout cas, aucun cas de papillomes ne peut donner d'emblée un mauvais pronostic, et doit par conséquent être traité avec méthode.

L'auteur *conclut* que le traitement de choix des papillomes du larynx est l'ablation exacte, en laryngoscopie indirecte si le siège et le nombre des tumeurs ainsi que les dispositions du malade le permettent, en laryngoscopie directe dans les autres cas. A titre adjuvant on peut utiliser la trachéotomie d'urgence, (en l'absence d'autres moyens d'action), l'acide nitrique fumant, la galvanocautérisation, le traitement médicamenteux, la radiothérapie. La télécurithérapie ne peut pas encore être jugée ; on peut s'en tenir à l'expectative dans l'attente d'une guérison spontanée en l'absence de troubles fonctionnels et de tendance à l'extension. L'auteur rejette toutes les autres méthodes.

A. KLOTZ.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

---

### XXIV<sup>e</sup> CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

(Catane, 29-31 octobre 1928)

Président : CITELLI.

#### RAPPORTS

##### **I. *Frederico Brunetti*. — Angines et Néphrites.**

La nécessité de réviser nos connaissances concernant les rapports des néphrites et des angines apparaît très évidente, si l'on considère les progrès récents de la physiopathologie des reins aussi bien que des amygdales. Il faut en effet tenir compte des recherches qui tendent à situer le processus de défense du tissu amygdalien dans le centre germinatif du follicule lymphatique. Et, en ce qui concerne la pathologie rénale, la conception de VOLHARD, universellement acceptée, marque vraiment une ère nouvelle pour la compréhension des néphrites. Volhard distingue trois types de lésions rénales : lésions inflammatoires du rein (néphrite), lésions dégénératives (néphrose) et lésions artério-scléreuses (sclérose).

Parmi les lésions inflammatoires, il convient de distinguer une forme diffuse et une forme à foyers. Le prototype de la première, c'est la glomérulo-néphrite diffuse qui peut être aiguë, subaiguë ou chronique. Le second groupe comprend la néphrite en foyers (aiguë ou chronique), la néphrite interstitielle septique, la néphrite embolique. Cette distinction des néphrites diffuses et des néphrites en foyers se justifie parfaitement du point de vue de l'anatomie pathologique aussi bien que de la pathogénie. Dans la forme diffuse, il y a extension du processus pathologique à la totalité de la masse glomérulaire, tandis que dans la forme en foyers, l'inflammation se localise à des points très circonscrits du parenchyme rénal. D'autre part, tandis que dans la néphrite diffuse l'agent pathogène est constitué par une toxine dissoute dans le sang, qui envahit en un seul temps la totalité de l'appareil glomérulaire, donnant lieu à une ischémie caractéristique des glomérules, dans la forme en foyers au contraire, le principe pathogène, en suspension dans le sang, produit de véritables embolies en divers points de l'organe, particulièrement le rein, provoquant dans les territoires vasculaires correspondants une hyperémie et une nécrose localisées, le reste du tissu rénal demeurant intact. La connaissance et l'acceptation de ces conceptions entraînent d'importantes conclusions en ce qui concerne la pathogénie des néphrites d'origine tonsillaire et le traitement qu'il convient de leur opposer.

L'auteur expose la question de la physiopathologie des amygdales palatines. Dans l'an-



cienne théorie classique FLEMMING considérait le centre germinatif du follicule lymphatique tonsillaire exclusivement comme un centre de production lymphocytaire ; cette théorie fut battue en brèche par HELLMANN, suivi de nombreux auteurs : PARODI, CATAGNA. Tous ces auteurs s'accordent pour admettre que les follicules lymphatiques tonsillaires doivent être considérés comme des centres de réaction contre les irritations pathogènes d'origine exogène ou endogène. VIGGO SCHMIDT va plus loin encore : non seulement il nie toute capacité lymphocyto-productrice aux amygdales, mais en parfait contraste avec l'hypothèse de Flemming, il s'efforce de démontrer que les tonsilles sont un centre de destruction des lymphocytes. D'ailleurs, la plupart des auteurs n'admettent pas cette conception révolutionnaire, et ils considèrent que le tissu amygdalien représente un des points de défense du tissu lymphatique contre les toxi-infections exogènes et endogènes. L'auteur a cherché à se rendre compte comment se comportent les centres germinatifs des amygdales dans un certain nombre de cas d'angines accompagnées de néphrites. L'étude histo-pathologique de 10 cas lui a permis de mettre en évidence un certain nombre de lésions plus ou moins marquées et de divers caractères, des nodules lymphatiques de l'amygdale. Le caractère le plus saillant de ces lésions est représenté par un dysmorphisme des follicules qui, au lieu d'avoir leur forme sphérique, deviennent oblongs ou ovulaires. En outre, la disposition de la couche lymphocytaire périphérique se trouve modifiée. Enfin, il n'y a plus de démarcation nette entre la zone périphérique et la zone centrale des follicules.

La zone centrale nodulaire montre tantôt l'aspect de la réaction réticulo-endothéliale, et tantôt un aspect lymphoblastique. Il est évident que ces altérations histologiques de la structure folliculaire des amygdales n'ont rien de spécifique. Elles démontrent seulement que, dans l'association pathologique angine-néphrite, il existe un état de réaction plus ou moins marqué des follicules tonsillaires, mais elles n'apportent aucun éclaircissement à la question des rapports qui peuvent exister entre l'infection amygdalienne et l'inflammation rénale.

L'auteur décrit ensuite les symptômes, l'évolution, le traitement de ces angines associées aux néphrites. Il insiste sur la variabilité de l'allure clinique de la maladie : tantôt les symptômes urinaires apparaissent avec une extrême brusquerie, tantôt ce sont des manifestations tardives et traînantes. Il n'y a aucun parallélisme entre l'allure clinique des manifestations angineuses et celle des lésions rénales, pas plus qu'entre l'état anatomique des amygdales et celui des reins. Bien mieux, ce sont les petites amygdales, peu malades en apparence, qui provoquent les plus graves lésions rénales, tandis que les angines, avec volumineuses amygdales, ne donnent lieu souvent qu'à des manifestations rénales légères et fugaces. En général, les symptômes urinaires apparaissent pendant l'acmé de l'angine ; on les observe rarement à la fin de la maladie.

Les indications et les modalités du traitement diffèrent beaucoup suivant les conceptions doctrinales des auteurs. Pour FEIN et ceux qui comme lui admettent qu'il n'y a entre l'angine et la néphrite aucun rapport de cause à effet, mais que l'une et l'autre représentent deux étapes évolutives d'une même infection générale hémotogène, toute thérapeutique amygdalienne constitue évidemment un non-sens. Mais la plus grande partie des auteurs s'oriente résolument dans le sens d'une thérapeutique locale tonsillaire, s'efforçant d'éliminer de l'organisme plus ou moins complètement et le plus vite possible, le foyer primitif de l'infection. Une semblable thérapeutique peut être pratiquée à chaud ou à froid, aussi bien en ce qui concerne l'amygdale qu'en ce qui concerne le rein. Les opinions sont ici très discordantes. En thèse générale, on peut dire qu'il ne faut pas trop différer l'intervention, particulièrement en ce qui concerne le rein, car s'il est vrai que l'intervention amygdalienne réactive en quelque sorte la lésion rénale, l'aggravation des symptômes urinaires, dans la très grande majorité des cas, n'a qu'un caractère tem-

poraïre et n'est jamais suivie de conséquences graves. En ce qui concerne les variétés de néphrite tonsillo-gène qui peuvent le mieux bénéficier de cette thérapeutique focale, il est universellement reconnu que les meilleurs résultats sont obtenus avec les néphrites aiguës. Dans la forme chronique, l'intervention est beaucoup plus discutable, et même dans la sclérose rénale elle n'est pas seulement inutile, elle peut être dangereuse. Quant aux modalités techniques du traitement, la tonsillectomie représente évidemment le meilleur procédé chirurgical. Mais en pratique, on ne doit pas se montrer exclusif et d'autres procédés (discisions ou morcellements,) peuvent aussi donner de bons résultats. Quant aux moyens physiques (röntgenthérapie), on peut les considérer comme des adjuvants utiles, mais ils ne peuvent nullement remplacer le traitement chirurgical. Les résultats de cette intervention sont bons. Certains auteurs signalent 80 % de guérisons. Mais il convient de reconnaître la possibilité de récidives et d'insuccès qui sont dus soit à une insuffisante ablation des tissus malades, soit même à l'évolution d'une pharyngite granuleuse, comme on a pu l'observer chez un certain nombre de malades après l'extirpation totale ou partielle des amygdales palatines.

## **II. *Pr Arnaldo Malan.* — Angines et Néphrites (étiologie et pathologie des angines et des néphrites consécutives).**

Si l'on veut se rendre compte des relations qui peuvent exister entre néphrite et angine, il est absolument indispensable d'étudier d'abord minutieusement les diverses faces du problème complexe de l'étiologie des amygdalites aiguës et chroniques. S'il n'est pas douteux que certaines formes d'angines soient une manifestation clinique d'une diathèse spéciale, il est également certain que l'angine commune, non spécifique, soit un processus infectieux. Il faut d'abord déterminer l'importance de la flore microbienne qui se développe dans les angines ; et pour cela, il suffit de comparer les résultats obtenus en examinant cette flore chez des individus sains et chez des angineux. En comparant ces microbes, et en étudiant leur virulence, on peut établir avec certitude le rôle joué par les micro-organismes dans le développement des angines. Il est bien difficile de dire quels sont les microbes qui se trouvent d'une manière primitive dans les angines, et ceux qui s'y trouvent seulement secondairement. Néanmoins, on peut distinguer quatre groupes d'angines aiguës non spécifiques : angines à diplocoques, à staphylocoques, à tétragènes, à pneumocoques et à streptocoques. Mais, tandis que les quatre premières formes sont rares, l'angine à streptocoques est de beaucoup la plus fréquente, pour ne pas dire la seule et unique à en croire certains auteurs. Des recherches toutes récentes, américaines pour la plupart, ont montré la présence presque constante du streptocoque dans les angines. Ce microbe présente d'ailleurs une infinie variété de type, puisque le seul streptocoque hémolytique comporte déjà 125 variétés. Dans tous les cas d'amygdalites aiguës examinés par l'auteur, le streptocoque a toujours été rencontré, d'abord la variété *streptococcus brevis*, puis le strepto-diplocoque, et en quatrième lieu seulement, l'hémolyticus. Les mêmes résultats ont été obtenus dans les cas d'abcès péri-tonsillaires. Il est intéressant de suivre les modifications de la flore au cours des angines. Au début prédomine le streptocoque. D'après les recherches personnelles de l'auteur, le streptocoque se développe de préférence à l'orifice des cryptes amygdaliennes. Mais il est démontré que les micro-organismes pathogènes ne se développent pas seulement à la surface de l'amygdale, mais peuvent aussi envahir le parenchyme de l'organe en traversant de minimes solutions de continuité. On rencontre ainsi des streptocoques isolés dans l'intérieur des follicules lymphatiques et des centres germinatifs.

Les mêmes constatations ont été faites en ce qui concerne les amygdalites chroniques.

Dans les cryptes, les concrétions et amas caséux, on a trouvé une flore bactérienne abondante où le streptocoque domine. Il faut, en outre, rechercher si la flore bactérienne des amygdalites aiguës ou chroniques chez des sujets atteints de néphrite, de cardiopathie ou d'arthropathie, ne présentent pas de caractères spéciaux. Non seulement l'espèce microbienne joue ici un grand rôle, mais il faut aussi tenir compte de la virulence variable des microbes aussi bien que de leurs affinités envers certains tissus. Dans une série de cas personnels l'auteur a cherché à faire cette détermination. En comparant la flore microbienne tonsillaire dans des cas de glomérulo-néphrite aiguë et dans des cas de glomérulo-néphrite chronique, il a noté la constante présence du streptocoque hémolytique parmi les premiers, tandis que pour les seconds, on le trouvait dans 50 % des cas. En outre, on a constaté que le streptocoque, dans les abcès péri-tonsillaires, accompagnés de manifestations rénales, était rencontré deux fois plus souvent que dans cette même angine, mais non accompagnée de lésion rénale. On peut donc considérer comme acquis, le fait de la prédominance du streptocoque dans les processus angineux aigus, sa grande fréquence dans les angines chroniques, et enfin sa constante présence dans les amygdalites des sujets atteints de glomérulo-néphrite aiguë.

En ce qui concerne la pathogénie des angines, deux théories s'opposent : l'une voit dans l'angine aiguë une maladie locale, causée par un facteur exogène, l'autre considère que l'amygdalite est une localisation secondaire à un processus d'ordre général. La théorie de l'origine exogène, streptococcique en particulier, est basée sur un ensemble de faits désormais acquis : présence constante du streptocoque dès le début de la maladie, rapports existant entre le streptocoque et l'angine épidémique, réactions d'immunité au décours de l'angine, vis-à-vis des souches de streptocoques prélevés sur les malades. La théorie endogène considère l'angine comme une maladie infectieuse aiguë d'origine obscure dont les premiers signes locaux sont pharyngés : ici le rôle du streptocoque et des autres microbes amygdaliens est considéré comme secondaire au point de vue pathogénique. Mais ni l'une ni l'autre de ces théories ne fournissent une explication satisfaisante de la pathogénie de toutes les formes d'amygdalites aiguës.

Si maintenant on envisage les nombreuses complications des angines et en particulier les néphrites, on voit que la pathogénie de ces complications se réclame des mêmes théories. Ceux qui soutiennent l'origine endogène de l'angine voient dans le processus rénal une manifestation plus ou moins contemporaine de la même cause infectieuse générale. Les partisans de la théorie exogène affirment que la maladie rénale est secondaire à la maladie amygdalienne : il y a, entre les deux, rapports de cause à effet. Sans doute, on ne peut nier qu'une même infection générale puisse simultanément atteindre deux points distants comme l'amygdale et le rein. Mais néanmoins, si l'on considère que la plus grande partie des angines est d'origine exogène, il faut admettre que le processus infectieux d'abord localisé à l'organe pharyngé a pu pénétrer dans la circulation lymphatique ou sanguine et donner lieu à des localisations secondaires parmi lesquelles le rein vient en première ligne. Apportés par la voie sanguine, les germes pathogènes déterminent, suivant Volhard, trois types de lésions rénales : glomérulo-néphrite en foyers, néphrite embolique en foyers, et néphrite septique interstitielle en foyers. Ces trois formes sont de nature embolique-infectieuse ; le germe pathogène qui domine est le streptocoque. On peut d'ailleurs soutenir qu'en l'absence de transport embolique, la néphrite est causée par l'action des produits septiques issus des microbes eux-mêmes.

Il est probable que c'est à cette dernière cause que doivent être rapportées un grand nombre de glomérulo néphrites aiguës et diffuses, et sans doute aussi les glomérulo-néphrites chroniques diffuses. Peut-être à l'action des toxines microbiennes faut-il ajouter celle résultant de diverses substances, produits de l'infection locale, par exemple celles qui résultent de la leucolyse ou de la décomposition des albumines et des protéines dans

les centres germinatifs nécrosés. En résumé, il semble que la forme rénale embolique-infectieuse soit particulière aux amygdalites aiguës, tandis que la forme glomérulaire diffuse, probablement toxique, relève des angines chroniques. Les toxines bactériennes, particulièrement celles produites par le streptocoque ont une action angiospastique très marquée qui peut être la cause déterminante de la lésion primitive dans la néphrite diffuse, c'est-à-dire de l'ischémie.

Pour se rendre compte des rapports étiologiques qui peuvent exister entre les néphrites et les angines, on peut rechercher quelle est la fréquence des amygdalites chez les sujets atteints de néphrite. Suivant Volhard, la porte d'entrée des germes pathogènes se trouve dans 75 % des cas au niveau des amygdales ou de l'anneau lymphatique pharyngien. D'après une statistique personnelle, l'auteur admet que dans les néphrites aiguës, les troubles pharyngés sont dans 44 % des cas, la cause probable, et dans 14 %, la cause possible, des altérations rénales. Dans les néphrites chroniques, cette étiologie apparaît probable et possible dans 8 % des cas. Quant à la fréquence des néphrites dans les diverses formes d'angines aiguës elle varie énormément suivant les auteurs : elle est estimée suivant les uns à 0,20 %, et suivant les autres jusqu'à 85 %.

Mais si nous ne prenons en considération que les seuls états de néphrite post-angineuses, laissant de côté les réactions rénales purement transitoires, les statistiques concordent : dans 7 % des cas environ, les angines aiguës donnent de véritables complications rénales, et, parmi les angines aiguës, la forme phlegmoneuse est cause de néphrite deux fois plus souvent que les autres formes d'angine.

Il est impossible d'établir la fréquence des formes rénales dans l'angine chronique. Sur 2.246 malades opérés par l'auteur pour hypertrophie des amygdales palatines et pharyngienne, et qui ont eu recours à cette opération uniquement pour des troubles locaux, on a constaté des signes certains de réaction rénale dans 0,74 % des cas.

En règle générale, on peut affirmer qu'il n'y a pas de rapport entre la gravité du processus angineux et celle du processus rénal ; on ne peut pas établir de parallélisme entre l'allure clinique des deux affections. Nous ignorons pour quelle raison, dans un cas c'est une néphrite diffuse, dans un autre une néphrite en foyers qui se produit. Beaucoup plus que l'espèce microbienne et la porte d'entrée, c'est la virulence du germe, le degré d'immunité de l'organisme et la prédisposition individuelle qui jouent ici un rôle.

#### DISCUSSION DES RAPPORTS

— **Belloti** a pu constater, chez les enfants des écoles de Milan, que les sujets atteints de lésions rénales avaient très fréquemment des amygdales hypertrophiées, ou avaient souffert d'angines aiguës. Dans les néphrites aiguës, la tonsillotomie simple au morceleur lui a donné les meilleurs résultats.

— **Bilancioni**. Il est indispensable que les médecins soient instruits des rapports qui unissent le système amygdalien au système rénal. Quant à l'affirmation du peu d'efficacité de l'intervention dans les néphrites chroniques, elle ne doit pas être trop absolue. Certainement dans les cas où tout le système lymphatique de l'oro-pharynx participe à l'inflammation, la seule ablation des amygdales reste insuffisante. Mais l'intervention est très efficace dans les cas où une crise rhumatismale ou rénale apparaît immédiatement après une angine aiguë.

— **Torrigiani**. Sans doute une angine peut donner lieu à une atteinte rénale, mais il ne faut pas méconnaître le rôle des facteurs prédisposants à cette affection. En ce qui

concerne la signification du manteau lymphocytaire périphérique, et l'absence de démarcation entre la zone périphérique et la zone centro-nodulaire, l'auteur doit dire que, d'après ses préparations, il n'y a pas de parallélisme entre la condensation lymphocytaire centro-nodulaire et l'allure clinique de la néphropathie. Ce n'est pas une simple biopsie qui nous mettra en mesure de résoudre le problème pratique. L'auteur estime que l'ablation des amygdales n'est vraiment utile que dans les cas où entre deux attaques d'angine on a pu observer un retour à la normale du fonctionnement rénal. Il n'a jamais vu guérir des néphrites chroniques après cette intervention. Il ne comprend pas les critiques que l'on adresse à la tonsillectomie avec laquelle il n'a jamais eu d'ennui.

— **Caliceti.** Il n'est pas évident qu'il y ait une interdépendance physiologique entre les reins et les amygdales, pas plus qu'au point de vue rigoureusement scientifique, il n'y a de corrélation pathologique entre les deux organes. Par ailleurs Rosanan a montré que le rapport entre le foyer d'infection et la maladie interne existe, mais qu'il est dû aux propriétés du germe pathogène. Aussi l'auteur se montre extrêmement sceptique en ce qui concerne les rapports entre les angines et les maladies rénales.

— **Tommati.** a pu guérir de nombreux cas de néphrite par la tonsillectomie ; il en rapporte un exemple.

— **Calamida.** Au-dessous de six ans, la simple tonsillotomie avec ablation des végétations est suffisante. Il opère toujours à froid, et avec cette précaution il n'a jamais observé l'aggravation des lésions rénales après l'intervention.

— **Ferri Gherado.** Il ne faut pas méconnaître le rôle des ganglions cervicaux enflammés. Il faut non seulement traiter les amygdales dans les néphrites, mais aussi les ganglions.

— **Fratti.** Le facteur nasal a aussi son importance. Dans les quelques cas de néphrite chronique qui ont été opérés à froid, l'aggravation temporaire des symptômes rénaux n'a pas eu de conséquences graves.

— **Borghesiani.** Une bonne tonsillotomie et une tonsillectomie se valent en ce qui concerne les résultats obtenus dans les néphrites.

— **Terni.** L'auteur demande au Pr Malan si en raison de la difficulté de la préparation des sérums polyvalents et des autovaccins, il n'a pas pu isoler une souche particulière de streptocoque dans les cas d'amygdalite avec néphrite hémorragique. Il y a de très nombreuses variétés de streptocoques dans une angine ; la difficulté est de déterminer lequel est le germe pathogène déterminant. L'auteur rappelle que chez le cheval il existe une affection rénale hémorragique en tout comparable à ce qu'on observe chez l'homme, et qui est accompagnée d'une adénite.

— **Torrina.** A côté des amygdales, les végétations adénoïdes aussi peuvent être la cause d'une affection rénale. L'auteur rapporte un cas dans lequel la seule ablation des adénoïdes a suffi pour faire disparaître les troubles.

— **Citelli.** De toute cette discussion il résulte que nous sommes sur un terrain

des plus incertains. Il y a une énorme exagération de la part de beaucoup d'auteurs qui veulent guérir toutes les néphrites, cardiopathies, etc.; par la tonsillectomie. Pour expliquer une lésion rénale, il y a de nombreuses portes d'entrée au niveau de tout l'anneau lymphatique oro-pharyngé. Et, en outre, on ne peut oublier que l'intervention n'est pas absolument sans risques. Pour les néphrites chroniques, l'opinion est unanime, il ne faut pas opérer. Cependant il y a des cas où cette opération est certainement à conseiller. Au total, c'est le sens clinique qui doit guider quand il s'agit de prendre une détermination opératoire. Une bonne tonsillotomie expose à moins de dangers que la tonsillectomie et donne de parfaits résultats.

— **Malan** (*rapporteur*). Nous sommes dans une période d'enthousiasme et il faut attendre l'épreuve du temps pour juger de la valeur des méthodes chirurgicales amygdaliennes dans le traitement des néphrites. En ce qui concerne les vaccins, il n'a pas été possible de déterminer un germe spécifique qui convienne à chaque cas d'angine. Il faut préparer un vaccin pour chaque malade.

— **Brunetti** (*rapporteur*). Je désire répondre particulièrement à Caliceti qui semble faire sienne l'hypothèse de Fein. S'il n'existe pas de preuve certaine montrant l'existence d'un lien physiologique entre les amygdales et les reins, en revanche, nous n'avons pas le droit de douter que, en pathologie, de tels liens existent. Les faits rapportés par Mazarella qui, dans 98 angines a trouvé des troubles du fonctionnement rénal, d'ailleurs méconnus, les altérations rénales évidentes au cours des angines et de leurs récidives, enfin l'aggravation transitoire que subissent les néphrites après intervention sur les amygdales, sont autant de preuves indéniables des rapports qui unissent ces deux organes. Par ailleurs, l'auteur reconnaît bien volontiers toute l'importance du facteur nasal qui doit inviter à beaucoup de réserve quand il s'agit d'entreprendre une intervention.

### III. **Finaroli.** — **Sur un nouveau cas d'angiome caverneux de l'amygdale.**

Ces cas sont rares. Il n'en existe que 6. Il s'agit d'une femme de 29 ans, que l'on a traitée par les rayons X et non par la diathermie, en raison d'une réaction fébrile qu'elle avait présentée consécutivement à la biopsie. Cette dernière avait montré la structure typique de l'angiome caverneux.

### IV. **Dicorne.** — **Organothérapie tonsillaire dans l'albuminurie de nature nasopharyngée.**

L'auteur a traité par administration buccale, ou injection intramusculaire d'extrait tonsillaire, des néphrites aiguës récidivantes d'origine nasopharyngée. Ce traitement peut être essayé seul ou associé à la chirurgie, surtout dans les cas où l'opération n'a pas eu un bon résultat sur les manifestations rénales. L'auteur a obtenu trois fois de bons résultats : il pense que ceux-ci sont dus à l'existence d'un mauvais fonctionnement endocrinien des amygdales et du tissu lymphatique de l'anneau de Waldeyer, contre lequel l'organothérapie agit en renforçant sa résistance à l'infection, cause des troubles rénaux.



**V. D'Onofrio. — Les altérations physiques et chimiques des amygdales palatines peuvent déterminer la fixation des colloïdes minéraux et des suspensions granulaires injectés dans le sang.**

L'auteur a fait des injections intraveineuses chez le chien de substances granuleuses et colloïdales. Chez certains de ces animaux on avait d'abord provoqué des lésions expérimentales de l'amygdale, par cautérisation physique ou chimique. On a constaté que dans les amygdales ainsi lésées, il y a un arrêt évident, dans les petits vaisseaux, de minimes granulations et grains colloïdaux, tandis que dans les autres cas on rencontre de petites granulations.

Ce phénomène est sans doute en rapport avec de minimes altérations de l'endothélium vasculaire amygdalien. Sous réserve de nouvelles recherches, il explique la possibilité de l'arrêt dans les amygdales lésées (par le froid par exemple) de germes circulant dans le sang, et, d'autre part, la possibilité d'exercer une action bactéricide locale par injection intraveineuse colloïdale.

**VI. Calaméda. — Sur la tonsillectomie dans les néphrites secondaires aux lésions amygdaliennes.**

Le fonctionnement rénal a été étudié suivant les méthodes de Korany, polyurie expérimentale et étude de la concentration des liquides. Comme effet immédiat, après l'opération, on n'a jamais constaté la guérison immédiate, mais une aggravation avec augmentation de l'albumine. 14 cas de néphrites aiguës ont été opérées : on a eu 8 guérisons, qui se maintiennent depuis 6 à 40 mois. Pour tous ces malades, il n'a jamais été observé de récidives, ce qui permet de dire que dans de semblables cas de néphrites, la tonsillectomie donne les meilleurs résultats. Un cas de glomérulonéphrite en foyers a été opéré avec un bon résultat. Sur dix cas de néphrite chronique opérés, deux malades seulement ont paru guéris. En conclusion, l'auteur pense qu'il y a intérêt à opérer les malades atteints de néphrite aiguë avant que le processus n'ait évolué vers la sclérose. Dans ces dernières formes l'intervention n'est pas à conseiller.

**VII. Carrari. — Sur la coloration vitale des amygdales palatines.**

Chez huit malades, l'auteur a injecté une quantité variable d'encre de chine dans le cornet inférieur et sous la muqueuse de la cloison. Toutes ses recherches ont été négatives. Ce fait paraît s'accorder avec les travaux de Wassilieff selon lequel les amygdales palatines sont douées d'une circulation propre et sont dépourvues de lymphatiques afférents. Ces recherches demandent à être confirmées.

**VIII. Mazzavello. — La fonction rénale dans les angines aiguës et chroniques.**

L'auteur a étudié 98 sujets atteints d'angine ; il les a groupés en 3 catégories : a) amygdalites aiguës ; b) amygdalites hypertrophiques simples sans attaques angineuses ; c) amygdalites chroniques avec crises aiguës à répétition. Dans le premier groupe (37 cas), il a trouvé 11 fois une association rénale (glomérulo-néphrite) ; 7 fois une diminution de la fonction rénale. L'intervention, chez ces malades, donne 100 % de guérisons, quand elle est pratiquée immédiatement après l'épisode aigu, et qu'elle est accompagnée d'un trai-

tement hygiéno-diététique approprié. En ce qui concerne la seconde catégorie de sujets, on a trouvé l'association rénale dans trois cas, sur 29, (néphrite albuminurique 2; glomérulonéphrite 1); un léger amoindrissement de la fonction rénale dans 1 cas; l'intervention a guéri les 2 cas de néphrite albuminurique. Enfin en ce qui concerne la troisième catégorie, 32 sujets, on a constaté l'association rénale dans 15 cas, la plupart avec néphrite albuminurique.

#### **IX. Caliceti. — Infection générale par pharyngite extratonsillaire après amygdaléctomie.**

L'auteur a observé des cas où après une amygdaléctomie faite dans le but de lutter contre une infection générale attribuée à une cause amygdalienne, il a vu l'infection continuer d'évoluer. Il pense que, dans ces cas, l'insuccès de l'opération est dû à ce que le point de départ de l'infection ne siège pas seulement dans l'amygdale palatine, mais aussi dans le nez, le cavum, et tout le tissu lymphatique de l'oro-pharynx.

#### **X. Deton et Busacca. — Recherches sur le fonctionnement rénal chez les enfants porteurs d'amygdales hypertrophiques.**

Chez 10 enfants en parfaite santé, mais porteurs d'amygdales hypertrophiques, on a fait les recherches suivantes : étude de la concentration urinaire, recherche de l'élimination du phénolsulfophtaléine, dosage de l'urée dans les urines et dans le sang, détermination de la constante d'Ambard. Après ces examens les enfants ont été opérés et les amygdales examinées au point de vue histologique. A ce dernier point de vue, les dix cas se répartissent en : Hyperplasie lymphoïde, 7 cas; Hypertrophie inflammatoire, 3 cas. Dans deux des trois cas d'hyperplasie lymphoïde on a pu constater un retard dans l'élimination de la phénolsulfophtaléine, et pour l'un de ces deux cas, une seconde épreuve faite quelque temps après l'intervention s'est montrée inchangée. La constante d'Ambard dans un seul de ces deux cas était légèrement supérieure à la normale mais nullement pathologique. Ces résultats, encore que les recherches soient en cours, rendent les auteurs assez sceptiques sur l'interdépendance fonctionnelle des amygdales et des reins.

#### **XI. Carlo Simeoni. — Rapports entre les amygdales et les reins.**

L'auteur a injecté, chez l'animal, soit dans l'amygdale, soit dans l'appendice, des streptocoques, dans le but de se rendre compte si l'expérimentation apporte une confirmation aux observations qui sont parfois faites en clinique. Au point de vue bactériologique, il a toujours trouvé qu'il y avait passage du microbe de l'un à l'autre organe microbien. Mais comme il n'a jamais noté d'altérations histologiques dans l'appendice, il pense que, pour que celles-ci aient lieu, il faut que les réactions de défense soient amoindries, et qu'il y ait eu des angines à répétition.

#### **XII. Bottura. — La réaction mécanique tonsillaire de Viggo Schmidt.**

L'auteur a pratiqué la réaction de Viggo Schmidt sur un certain nombre de sujets porteurs d'amygdales normales ou chroniquement hypertrophiques, ou atteints d'angines à répétition. Cette réaction consiste en un massage de l'amygdale pendant 2 minutes suivi d'un examen de sang. Les résultats obtenus concordent avec ceux de Schmidt. 1° Pendant le massage, il y a une modification de la formule sanguine; 2° dans les angines chroniques

avec poussées aiguës, il y a une leucocytose constante et temporaire ; avec les amygdales saines ou chroniquement hypertrophiées, il y a leucopénie. Contrairement à V. Schmidt, l'auteur explique ce phénomène par une action sympathico-vasculaire.

**XIII. Benciolini. — Sur la présence de microorganismes dans les centres germinatifs des amygdales palatines.**

Chez un groupe de sujets porteurs d'amygdales simplement hypertrophiées ou d'amygdales avec poussées aiguës à répétition, l'auteur a étudié la distribution et la qualité des germes rencontrés au niveau des centres germinatifs des follicules. Le résultat n'a été positif que dans très peu de cas : les microbes paraissent plus nombreux dans les centres germinatifs des follicules superficiels.

**XIV. Bruzzi. — Le réticulum endothélial de l'anneau de Waldeyer en rapport avec celui de l'appareil lymphoglandulaire de l'appendice vermiforme.**

L'auteur a cherché à se rendre compte de la manière dont se comporte l'appareil de Goldman dans les amygdales et dans l'appendice. En suivant la technique de la coloration vitale avec l'emploi d'un colorant acide (tripanblau), il a pu mettre en évidence comment les granulations bleues se distinguent entre le protoplasma résiduel légèrement teinté en jaune, tandis que le noyau se montre teinté en rose violet. Dans les grosses glandes abdominales (pancréas) les éléments réticulés, tant du nodule secondaire que du tissu conjonctif interfolliculaire, contiennent de rares grains du colorant injecté. Dans l'appareil lymphatique appendiculaire les éléments lymphoïdes sont contenus dans les mailles des fibrilles réticulaires et sont extrêmement nombreux.

**XV. Busacca. — Les lipoïdes dans les amygdales palatines.**

De l'ensemble de ses recherches, l'auteur a pu conclure que les lipoïdes sont très peu abondants, dans les amygdales des animaux jeunes et dans celles des enfants. Ces lipoïdes peuvent se rencontrer en petits amas qui présentent l'aspect de cellules ou de noyaux. Mais pour la plupart, ils occupent le protoplasme de cellules volumineuses avec un gros noyau clair vésiculeux, cellules identifiables par leur aspect avec les cellules dites du réticulum dont on connaît le pouvoir phagocytaire. L'auteur ne pense pas que l'on puisse considérer ces lipoïdes comme l'expression d'un processus sécrétoire.

**XVI. Kelemen. — Utilisation de la diplacousie comme moyen de diagnostic.**

L'auteur se propose pour le moment, par l'examen systématique des altérations de l'audition musicale, d'isoler un nouveau groupe des modifications de l'audition accompagnées de bourdonnements d'oreille. Il distingue ainsi deux groupes de faits : l'un dans lequel la diplacousie est contemporaine des bourdonnements auriculaires, l'autre dans lequel ces deux phénomènes ne sont pas contemporains.

**XVII. Vitali. — Recherches du fuso-spirochète dans les otorrhées.**

L'auteur a fait de nombreuses recherches microscopiques et ultra-microscopiques dans le but d'étudier le passage des parasites spiralés de la cavité bucco-pharyngée à l'oreille

moyenne. Ces recherches ont été pratiquées sur l'animal, et sur plus de 800 malades atteints de diverses formes d'affections auriculaires. Dans les oreilles de l'homme ou de l'animal on ne trouve pas de spirochètes ; on n'en trouve pas davantage dans les suppurations auriculaires simples aiguës ou chroniques. Dans les otites purulentes moyennes avec carie des osselets ou granulations ou polypes, on trouve d'une manière à peu près constante la flore spirochétique de la bouche, associée au bacille fusiforme. En opposition avec ce qui a été affirmé par différents auteurs, l'auteur ne croit pas que cette flore consiste uniquement en spirochètes de Vincent associé au bacille fusiforme ; mais en spirochètes buccal commun, tréponèmes, leptospires, etc., visibles seulement à l'ultra-microscope. Dans ces formes d'otorrhée, l'auteur a toujours rencontré un Wassermann négatif ; les applications locales de salvarsan sont très utiles comme complément de la cure chirurgicale.

### **XVIII Bettini. — Syndrome pseudo-cérébelleux dû à un cholestéatome.**

Exposé d'un cas d'otorrhée chronique remontant à l'enfance et accompagné de symptômes pseudo-cérébelleux subjectifs (vomissements, vertiges, céphalées intenses) et objectifs (asynergie, dysmétrie, etc.). Une intervention large ne permit pas de découvrir de lésions cérébelleuses, mais simplement un volumineux cholestéatome. Guérison.

### **XIX. De Cigna. — Un nouveau phénomène acoustique et une nouvelle méthode acoumétrique.**

L'auteur a observé le phénomène suivant : ayant fait vibrer les branches d'un diapason devant le conduit auditif externe, dès que la perception par voie aéro-tympanique a complètement disparu, il pose le pied du diapason sur le tragus, de manière à occlure le conduit auditif ; à ce moment reparaît la perception auditive pour un temps plus ou moins long. L'auteur donne à ce phénomène le nom de « épreuve pneumo-tympanique ». Il pense que ce phénomène est dû à ce fait que le conduit auditif fermé agit comme une chambre de résonance toutes les fois que les vibrations atteignent une certaine longueur d'onde ; d'autre part, il estime que l'air, enfermé sous pression, constitue un meilleur conducteur des vibrations sonores vers le tympan. Les résultats fournis par l'épreuve pneumo-tympanique, notés d'une manière régulière, peuvent fournir un précieux élément de contrôle pour suivre l'évolution d'une surdité.

### **XX. Traina. — Recherches expérimentales pour l'interprétation du stimulus calorique sur l'appareil vestibulaire.**

L'auteur a poursuivi ses recherches dans le but de contrôler les trois principales théories : celle de Barany, celle de la stimulation directe des terminaisons nerveuses vestibulaires, enfin la théorie vaso-motrice. Il ne s'occupe ici que de cette dernière. Ayant injecté dans la caisse une minime quantité d'adrénaline et, comparativement une quantité égale de sérum physiologique tiède, il n'a pas obtenu de réaction vestibulaire ni dans un cas, ni dans l'autre. Au contraire, l'irrigation du conduit avec quelques centimètres cubes d'eau froide donne une réaction vestibulaire typique. Ceci montre que, des deux éléments qui peuvent agir dans l'excitation calorique sur l'appareil vestibulaire, la vaso-constriction n'a qu'un caractère accessoire, tandis que l'autre élément (action du froid sur les terminaisons nerveuses) a un caractère principal, sinon exclusif.

**XXI. Palestini. — Péri-labyrinthite aiguë suivie de mort, dans un cas d'ostéomyélite du rocher.**

**XXII. Liveiro. — Sur un cas de plastique par glissement de la partie postéro-inférieure du conduit auditif (méthode indienne).**

Après avoir rappelé la gravité des sténoses cicatricielles du conduit auditif externe, consécutives à des lésions accidentelles ou chirurgicales, l'auteur passe en revue les divers modes opératoires préconisés pour remédier à cet accident. Il expose ensuite son procédé. Il s'agissait d'une tumeur qui obstruait le conduit, et la brèche opératoire était considérable. Dans la même séance un lambeau fut disséqué sur la face antérieure de la mastoïde et porté en avant, de manière à recouvrir la surface cruentée. Résultat excellent.

**XXIII. Tommase Lacopo. — Sur l'opération mastoïdienne dans l'otite moyenne purulente aiguë.**

**XXIV. Torelli. — La fonction acoustique dans le parkinsonisme.**

Après avoir rappelé le peu de renseignements que nous possédons sur l'état de la fonction acoustique chez les parkinsoniens, l'auteur expose le détail des examens qu'il a pratiqués chez 8 malades. Ses conclusions sont les suivantes :

1° La fonction auditive ne présente généralement pas d'altération notable ; 2° Ces malades ne souffrent point de vertiges ; 3° Le nystagmus spontané est rare, mais il existe souvent des secousses nystagmiformes des globes oculaires ; 4° On ne peut obtenir de renseignements concluants sur la déviation et l'indication, en raison de l'état de ces malades ; 5° Dans les cas où on a pu rechercher le signe de Romberg, on l'a trouvé positif, avec chute soit en arrière, soit en arrière et de côté ; 6° L'épreuve rotatoire montre une hypo-réflexivité, et ce résultat est d'une interprétation difficile ; 7° L'épreuve calorique montre une hypo-réflexivité vestibulaire qui va parfois jusqu'à l'aréflexie. Les épreuves rotatoires et galvaniques montrent moins fréquemment, et d'une manière moins nette une diminution de l'excitabilité ; 8° Dans tous les cas il y a dissociation entre les résultats l'épreuve calorique et ceux de l'épreuve rotatoire ; 9° On n'a pas noté de différence appréciable suivant les diverses variétés de parkinsonisme ; 10° D'après les conceptions pathologiques actuelles, les résultats obtenus paraissent devoir être rapportés à une lésion centrale plutôt qu'à une altération labyrinthique.

**XXV. Monti. — Recherches sur la présence de germes anaérobies dans les otites moyennes et leurs complications.**

Après avoir exposé sa technique, l'auteur énonce ses conclusions : dans les otites moyennes et leurs complications, il ne rencontre pas de micro-organismes strictement anaérobies, mais seulement des anaérobies facultatifs.

**XXVI. Massione. — Considérations sur la présence de nodules lymphatiques dans un polype de l'oreille.**

**XXVII. Viganoni. — Herpès zoster du pavillon avec paralysie faciale.**

**XXVIII. Gaspare Alagna. — Sur le drainage du canal naso-frontal.**

L'auteur communique une méthode personnelle de drainage du conduit naso-frontal consistant dans l'introduction dans la lumière de ce canal d'un clou en aluminium recourbé, de grandeur et de largeur variables suivant le cas. La possibilité de maintenir ce clou en place pendant un très long temps, sans occasionner de douleur au malade rend cette méthode très précieuse dans le cas de sinusite frontale chronique.

**XXIV. Ferreri Giorgi et Catagna Vito. — Histogénèse du rhinophyma.**

Les néoproductions rhinophymateuses peuvent se ramener à trois types principaux : progressif, inflammatoire et régressif. Dans le processus progressif, les auteurs montrent que les productions rhinophymateuses s'ajoutent aux néoformations et aux différenciations de l'appareil pilo-sébacé lui-même : c'est d'ailleurs ce que l'on observe dans le développement normal de l'embryon humain à partir du troisième mois de la vie fœtale.

**XXX. Frederico Brunetti. — Sur un cas grave de complication endocraniennes d'origine ethmoïdale.**

**XXXI. Merelli. — Contribution à l'étude des traumatismes de l'ethmoïde et de leurs complications. — Un cas de fracture de la lame criblée.**

**XXXII. Borgheggiani. — Contribution au traitement chirurgical du rhinophyma.**

L'auteur a adopté un procédé consistant en l'ablation totale de la masse rhinophymateuse, suivie de plastique à la manière de Wolfe.

**XXXIII. Malfatti. — Sur les kystes dermoïdes du nez.**

L'auteur discute le diagnostic différentiel entre ces tumeurs et les kystes sébacés d'une part, les teratômes d'autre part. Considérant la possibilité de dégénérescence épithéliomateuse, il considère que ces kystes doivent être enlevés chirurgicalement.

**XXXIV. Lapicciarella. — Les épistaxis récidivantes de l'enfance, au point de vue constitutionnel et diathésique.**

**XXXV. Catogna. — Sur une tumeur du rhino-pharynx à structure de cellules réticulaires.**



Ces tumeurs qui se différencient des lymphocytomes, des lymphoblastomes, lympho-sarcomes et lymphoépithéliomes ont une structure qui les rapproche des gliomes. Elles prennent naissance dans le tissu lymphatique péri-tubaire. A noter : leur radiosensibilité.

**XXXVI. Bruzzone. — Ostéome de l'ethmoïde.**

Ostéome éburné implanté dans une cellule ethmoïdale chez une jeune fille de dix-huit ans. Extraction facile par les voies naturelles. On doit noter la coexistence du même côté d'un gros kyste paradentaire du maxillaire supérieur.

**XXXVII. De Blazi. — Résultats excellents obtenus dans trois cas de rhinite ozéneuse atrophique avec un auto-vaccin spécial.**

Après avoir rappelé les diverses tentatives d'immuno-thérapie dans l'ozène, l'auteur expose le mode de préparation de son auto-vaccin. Il injecte sous la peau 5 centimètres cubes, tous les quatre jours : réaction locale légère. Après une série de 60 injections les résultats obtenus consistent en disparition de la fétidité, des croûtes, diminution de l'exudation, modification de l'état atrophique de la muqueuse, très notable amélioration de la respiration nasale.

**XXXVIII. Citelli. — Sur le prolapsus de la muqueuse du sinus nasal dans la fosse narinaire correspondante.**

Il s'agit d'une nouvelle maladie que l'auteur a décrite en 1918 et 1920 pour le sinus maxillaire, et en 1921 pour le sinus sphénoïdal. Forschner et Hirsch de Vienne ainsi que Calicetti lui ont apporté leur confirmation. Cette maladie n'est sans doute pas rare, l'étude clinique et histologique des polypes kystiques isolés des fosses nasales permettra de la reconnaître plus souvent.

**XXXIX. Carco. — Un cas de rhinophyma discret opéré avec un excellent résultat esthétique, sans greffe épidermique, ni plastique.**

Malgré un délabrement considérable à la suite de l'excision de la tumeur, on n'a eu recours ici ni à la greffe, ni à la plastique, en raison de la rapidité avec laquelle l'épidermisation spontanée se produisait. Celle-ci a été accélérée par l'application d'une pommade à base de bismuth et d'oxyde de zinc.

**XL. Barbera. — Sur un cas rare de condylome acuminé de la narine droite.**

**XLI. Russi. — Contribution au diagnostic clinique du rhino-sclérome et recherche du bacille de Frisch.**

Pour le diagnostic clinique, il est très important de différencier le rhinosclérome de l'ozène, quand la maladie est localisée dans la fosse nasale, et de la syphilis tertiaire quand le rhinosclérome, avançant dans sa marche fatale, s'est étendu au pharynx. L'auteur énumère les signes cliniques qui permettent ce diagnostic différentiel, ainsi que les signes bac-

tériologiques qui font reconnaître le bacille de Frisch et celui de Friedlander, car l'un et l'autre ont de nombreux caractères morphologiques et cultureux semblables.

**XLII. Schaabl. — Un cas de fibro-angiome gigantesque du larynx.**

**XLIII. Pellicari. — Sur un cas de kyste du larynx.**

**XLIV. Pietrantonì. — Le résultat de la décanulation tardive dans la trachéotomie.**

L'auteur a fait des recherches expérimentales sur le chien dans le but de se renseigner sur les modifications de forme, de direction et de structure que subit le conduit laryngo-trachéal du seul fait de la présence pendant longtemps d'une canule. En ce qui concerne les sténoses, l'auteur insiste particulièrement sur la possibilité de formation de sténose sous-canulaire chez les anciens canulards, sténoses qui sont déterminées par une rétraction fibro-cartilagineuse de la paroi antérieure de la trachée. Ces sténoses peuvent, dans quelques cas, nécessiter une intervention. L'auteur décrit la structure histo-pathologique des tissus trachéaux sténosés, ainsi que les lésions supra-trachéales qui se produisent dans ce cas, particulièrement dans la musculature vocale et les cartilages.

**LXV. Motta. — Hypophyse et Larynx. — Notes sur quelques rapports entre le lobe postérieur de l'hypophyse et l'organe de la voix.**

A la suite d'expériences faites sur le coq (injections d'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse) l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> Les extraits du lobe postérieur de l'hypophyse ont une action non douteuse sur la fonction vocale du larynx et en particulier sur le chant spontané du coq.

2<sup>o</sup> Cette influence paraît être d'ordre fonctionnel car on n'a pas noté d'altération histologique des muscles ni de modification vaso-matrice.

3<sup>o</sup> En ce qui concerne le chant du coq, on n'a pas noté de rapport d'analogie entre les extraits hypophysaires et l'adrénaline, comme celle qu'on a observé dans leur mode d'action sur d'autres organes. L'injection d'adrénaline ne modifie pas le chant.

**XLVI. Orlandini. — Nouvelle contribution au traitement de la tuberculose laryngée par voie endo-trachéale.**

Le traitement préconisé par l'auteur consiste à injecter par les voies naturelles de l'huile de foie de morue associée au camphre et au gaiacol dans la proportion de 1 %. On injecte 5 centimètres cubes à la fois, d'abord tous les trois jours, puis une fois par semaine jusqu'à la guérison. Le traitement peut durer 2 mois, un an et davantage, mais l'amélioration s'observe rapidement après les 10 ou 12 premières injections. Un repos est à conseiller pendant 15 jours après les 10 premières injections. Cette injection nécessite absolument l'anesthésie locale. Le traitement n'est vraiment efficace que si les lésions pulmonaires ne sont pas trop étendues.

**XLVII. Malan. — Cure chirurgicale des sténoses laryngo-trachéales.**

L'auteur a adopté la technique de Moure et pour se rendre compte du degré de dilatation obtenu, il enregistre graphiquement les variations de pression en amont et en aval du trajet sténosé. Quand la pression est égale dans les deux cas, on peut considérer la dilatation comme suffisante.

**XLVIII. Lasagna. — La chirurgie de la fissure labio-maxillo-palatine.**

L'auteur aboutit aux conclusions suivantes : l'opération doit être exécutée dans les premières années de la vie. On doit toujours avoir présentes à l'esprit l'anatomie et l'embryologie de la région où on opère. Suivant la forme des altérations il faut procéder en un ou deux temps et quelquefois en trois. Dans la fissure double il faut toujours tâcher de conserver le tubercule osseux et quand cela n'est pas possible il faut lui substituer un appareil prothétique. La plastique labiale doit tendre à former un rebord labial régulier doué du maximum de mobilité, ce qui est particulièrement facile quand l'intervention est précoce. La correction de la fissure palatine est possible quand la moitié au moins de la totalité du palais existe. Dans la staphylophorie, il est absolument nécessaire de sectionner le pharyngo-staphylin.

**XLIX. Sanvereno Roselli. — Restauration plastique en O. R. L.****L. Magnoti. — Recherches expérimentales et histologiques sur l'asphyxie rapide par noyade, particulièrement en ce qui concerne les altérations des premières voies respiratoires et de l'oreille.**

L'auteur a expérimenté sur des chiens noyés, étudiant les altérations microscopiques du larynx et du nez. Dans ces organes il y a destruction du revêtement muqueux et infiltration de la sous-muqueuse, et particulièrement dans les points exposés à la violence de la colonne d'air expiré, c'est-à-dire sur face antérieure des cordes vocales, replis aryéno-épiglottiques et face laryngée de l'épiglotte. Dans le nez, il y a destruction complète de la muqueuse, dans la région de la cloison et des cornets. Dans l'oreille, on trouve parfois une perforation du tympan et microscopiquement une turgescence de la bandelette vasculaire.

**LI. Leto. — Rapport entre les végétations adénoïdes et les organes sexuels.****LII. Bilancioni. — Contribution à l'étude historique du nystagmus par rotation.**

Il est intéressant de jeter un coup d'œil rétrospectif sur les premières observations de nystagmus rotatoire. Celles-ci paraissent d'abord avoir été faites par hasard chez des fous furieux et des maniaques. On sait qu'avant les réformes de Chiarugi et de Pinel, ces ma-

lades étaient soumis à la rotation sur un siège spécial ou une roue. D'autres observations ont été faites au tribunal de torture qui, jusqu'au XVII<sup>e</sup> siècle, utilisait la roue. Ainsi, bien avant Purkinge, Flourens, Magendi, on avait noté la position des yeux et l'attitude du visage après la rotation.

**LIII. Giussani. — Contribution à l'étiologie de la stomatite et l'angine de Plaut-Vincent.**

Cette maladie apparaît de préférence de 20 à 30 ans. On n'a pas noté de contagion familiale. Parmi les causes prédisposantes, on observe parfois un état hygiénique déplorable de la cavité buccale. Ailleurs, la seule cause prédisposante paraît être un affaiblissement de l'état général. La spécificité de l'association fuso-spirillaire n'est pas douteuse. L'examen microscopique de l'exudat pseudo-membraneux prélevé à diverses profondeurs a montré que l'agent pathogène principal, sinon exclusif de l'angine et de la stomatite de Plaut-Vincent est le bacille fusiforme.

**LIV. Ferretti. — Recherches sur la vaccination anti-diphtérique anatoxique par voie nasale.**

Contribution expérimentale à la vaccination par voie nasale avec l'anatoxine de Ramon. On a ainsi vacciné 62 sujets que la réaction Schick avait montrés réceptifs. Cette rhinovaccination par insufflations avec un vaporisateur ordinaire, a montré que 70 jours après le traitement, l'immunisation est obtenue dans 80 à 90 % des cas.

**LV. Césano. — Epistaxis et maladie de Roger.**

**LVI. Salvigni. — Sur la genèse des modifications hématologiques et sur les altérations morphologiques de la glande thyroïde dans la sténose respiratoire expérimentale.**

**LVII. Missorici. — Sur quatre cas rares de sarcome endothélial du palais guéris par l'auto-vaccino thérapie de Citelli.**

Dans ces 4 cas, présentés au point de vue histo-pathologique et clinique, la tumeur aurait nécessité un traitement chirurgical extrêmement mutilant. C'est pourquoi l'auteur a préparé un vaccin en partant d'un fragment de la tumeur prélevé par biopsie. Les injections ont été faites sans inconvénients par voie endoveineuse. Deux des cas présentés sont guéris, l'un depuis 6 et l'autre depuis 5 ans. Dans les deux autres, il y a eu récurrence locale, mais le même traitement a amené une nouvelle guérison qui se maintient depuis 18 mois et 2 ans. Au point de vue histo-pathologique l'auteur désire remarquer que le microscope seul ne permet pas de juger de la nature bénigne ou maligne de la lésion. Il faut aussi tenir compte du caractère clinique. L'auteur fait un grand éloge de la vaccinothérapie de Citelli et il rapporte d'autres exemples tout aussi démonstratifs.

CAUSSÉ.

## ANALYSES

---

### GÉNÉRALITÉS

**S. B. Wilson.** — **Le contrôle de l'hémorragie pendant l'opération** (*The Laryngoscope*, n° 7, t. XXXVIII).

Pour diminuer l'hémorragie pendant l'opération W. conseille la technique suivante : dans une seringue 2 mils (?) d'un sérum de cheval, 1 1/2 minims (?) d'adrénaline et 5 minims de pituitrine. On injecte 5 minims de cette mixture par voie hypodermique et on fait coucher la malade pour une demi-heure. On injecte le reste par voie intra-veineuse, et on garde le malade encore couché 15 minutes. Il est préférable de répéter la dose si nécessaire au lieu de donner de suite une forte dose. Dans les états lymphatiques avec persistance du thymus cette injection est recommandée par l'auteur.

LAUTMAN.

**A. Klotz.** — **Les accidents mortels de l'anesthésie locale. Etude expérimentale, clinique et thérapeutique**, 184 pages (*Thèse de Strasbourg*, 1929. Jouve et C<sup>ie</sup>, Paris, Editeurs).

1<sup>re</sup> *Etude expérimentale.* — Les substances utilisées dans le but d'obtenir une anesthésie locale exercent d'une part une action au niveau de leur application et, d'autre part par suite de leur résorption dans le milieu intérieur une action générale plus ou moins profonde.

Les différentes méthodes servant à étudier le pouvoir anesthésique d'une substance en application en surface, sous la peau et au voisinage des troncs nerveux, sont passées en revue.

L'action générale de ces substances, importante à connaître pour l'étude des accidents doit être étudiée sur l'animal. Il est à noter que des animaux de même espèce réagissent très différemment à la même dose de cocaïne ou de novocaïne. Il y en a de très résistants, d'autres particulièrement sensibles.

La symptomatologie de l'intoxication par les anesthésiques locaux chez les animaux de laboratoire montre beaucoup d'analogie avec les symptômes observés chez l'homme. Les doses mortelles sont très variables d'une espèce animale à l'autre, ce qui contribue entre autres facteurs à rendre particulièrement malaisé l'établissement de doses maxima pour l'homme.

Divers facteurs sont susceptibles d'influencer la toxicité d'une dose donnée d'un anesthésique local. L'expérimentation montre à ce point de vue, l'importance des facteurs suivants : 1<sup>o</sup> La concentration de la solution anesthésiante. 2<sup>o</sup> La vitesse d'administration. 3<sup>o</sup> L'administration de l'anesthésique en doses fractionnées. 4<sup>o</sup> La voie d'administration. 5<sup>o</sup> L'adjonction d'adrénaline aux solutions anesthésiques. 6<sup>o</sup> Le jeûne. 7<sup>o</sup> La saignée. 8<sup>o</sup> L'excitation du système nerveux. 8<sup>o</sup> L'administration combinée d'anesthé-

siques locaux et généraux. 10° L'injection préalable d'une solution hypertonique de glucose.

L'adrénaline, adjuvant fréquent des anesthésiques locaux a une action toxique propre importante.

Le quotient dose mortelle.

Concentration anesthésiante minima donnant la « qualité » d'un anesthésique (« Wert » de Hoffman et Kochmann) permet de comparer d'une façon commode les anesthésiques entre eux. Cette qualité peut être augmentée par l'emploi de substances à action synergique (adrénaline, sulfate de potassium, acide phénique etc.) ou par la substitution de succédanés à la cocaïne. Ces succédanés doivent être examinés soigneusement et n'être employés que s'ils présentent une réelle supériorité sur les produits en usage.

2° *Etude critique de la bibliographie concernant les accidents mortels.* — Sur 195 cas relevés dans la littérature médicale de morts attribués à l'anesthésie locale, il y en a 5 où l'autopsie a permis de constater une cause autre que l'anesthésie ; 11 où l'histoire clinique permet de douter que celle-ci soit la cause de la mort, 12 où il y a eu une erreur de solution, 16 enfin où il y a eu simultanément administration d'une anesthésie générale. Les 151 cas qui restent, dont 6 nouvelles observations, sont réunis en un tableau synoptique.

3° *Etude clinique des accidents mortels.* — En regardant de près la symptomatologie de ces accidents on voit qu'on peut les classer en différentes formes cliniques :

1° La forme convulsive. 2° Une forme foudroyante suraiguë sans symptômes accessoires. 3° Une forme caractérisée par la paralysie respiratoire rapide. 4° Une forme comateuse. 5° Une forme syncopale tardive. La forme convulsive est la plus habituelle.

4° *Etude étiologique et pathologique des accidents mortels.* — La théorie de l'intoxication s'applique à la majorité des cas ; cependant on peut admettre que dans un certain nombre il s'agit de mort subite sans rapport avec l'intoxication, mort par « inhibition » mort réflexe, mort par peur, mort thymique, mort subite à la suite d'une affection organique ignorée (dans les cas sans autopsie). Un certain nombre de cas peut être attribué à une intoxication par l'adrénaline. Dans ceux où l'anesthésique local lui-même a joué le rôle de substance toxique, il y en a ou l'intoxication a été favorisée par l'hyperdosage, par l'introduction dans une veine ou dans les méninges, une concentration exagérée, une sensibilité accrue par l'état organique ou psychique des malades, par exemple la peur. Dans 36 cas aucune explication tant soit peu plausible, ne peut être donnée.

5° *Mortalité. Indication et contre-indication de l'anesthésie locale.*

6° *Traitement prophylactique et curatif.* — Il semble difficile d'indiquer une conduite à suivre d'une façon générale en vue de diminuer les dangers de l'anesthésie locale. Il y a lieu de se préoccuper de l'état organique et psychique du malade, et de lui faire subir une préparation appropriée à ses dispositions particulières (médication sédatrice, cardiotonique, etc.) L'effet salutaire de la morphine est fortement contesté. Le chlorure de calcium, la pituitine, recommandés récemment semblent être intéressants, mais cela demande confirmation.

Il est également difficile de donner une limite précise concernant la dose à employer. Il paraît prudent de ne pas dépasser 1 gramme de cocaïne en application en surface sur les muqueuses des voies respiratoires et 1 gramme de novocaïne en injection. La concentration doit être aussi réduite que le permet le but anesthésique. Au niveau des muqueuses des voies respiratoires supérieures le badigeonnage est le procédé le moins dangereux. Il faut être prudent avec l'adrénaline, surtout en injection.

En l'absence de véritables antidotes de substances anesthésiques, les manœuvres thérapeutiques en cas d'accident grave se borneront à soutenir l'organisme dans sa lutte contre le poison. Il faut intervenir le plus rapidement possible. Les mesures susceptibles



de stimuler la respiration sont les plus urgentes (respiration artificielle, inhalation d'acide carbonique, lobéline). Il faut également toujours soutenir le cœur (tonicardiaques, injections intracardiaques d'adrénaline).

AUTOREFERAT.

## **MASTOIDE**

**J. B. Costen.** — **Mastoidite infantile avec symptômes gastro-intestinaux** (*Annals of otology*, t. XXXVIII, n° 1).

Le chapitre de pédiatrie né d'hier a déjà provoqué une riche littérature surtout en France et en Amérique. On sait de quoi il s'agit. Un enfant est atteint d'entérite avec déshydratation très prononcée. Aucun traitement périodique n'arrête la marche fatale. On fait appel à l'otologiste qui ouvre une ou deux mastoïdes et le nourrisson guérit. Voici deux cas.

Un bébé de 2 mois a été allaité au sein pendant peu de temps. L'amenlitation au lait condensé a été suivie de diarrhée et d'une perte de poids résistant à tous traitements. 15 à 17 selles diarrhéiques par jour avec vomissements. Quand le célèbre pédiatre Marriott voit l'enfant en consultation, il trouve un bébé émacié, gris, avec un pharynx enflammé (?) Température de 37 à 38. Les deux tympans étaient rouges, épaissis, bombés. Le diagnostic, otite moyenne avec mastoïdite probable. Une double paracanthèse donne issue à un écoulement séreux abondant. Malgré tous les traitements (entre autres sérum intraveineux, glucose intraveineux etc.) l'état de l'enfant empire et cinq jours plus tard, Costen doit intervenir sur les deux mastoïdes. Anesthésie à la novocaïne adrénaline. L'antre se montre relativement énorme des deux côtés (15, 9 et 7 millimètres au lieu de 5 millimètres dimensions normales d'un antre chez un nourrisson) rempli d'un muco-pus jaunâtre. Nettoyage de l'antre mais pas de curetage. Pansements simples à la gaze. Colibacille et staphylocoques dans le pus. Dès le 3<sup>e</sup> jour le coli avait disparu de la suppuration, en même temps que les symptômes toxiques. Bientôt l'enfant est entré en convalescence.

Le deuxième bébé n'était âgé que de 6 semaines, chétif. Depuis sa naissance il a constamment présenté des selles diarrhéiques. Le 13 octobre 1928 l'état de l'enfant était si misérable qu'on l'a conduit à l'hôpital. Bébé cyanotique, desséché, abdomen distendu, albuminurie, cylindres granuleux. Leucocytes 28400, globules rouges près de 4 millions. Tympan droit rouge bombé. Le Dr Marriott qui voit l'enfant le donne comme un exemple d'un cas de déshydratation et d'intoxication. Pas de méningite. Le tympan gauche est rouge et du côté droit une paracanthèse (faite la veille) a donné issue à une sécrétion séropurulente. Marriott suppose que l'enfant a trop de chlorures dans le sang, une acidité trop prononcée. Il conseille la diète, la crème acidulée et de la dextrine. L'antrotomie sera probablement nécessaire. En effet le 15 octobre, (le texte dit 15 janvier), sous-anesthésie locale, Costen ouvre les deux antres qui paraissent irrégulières, couvertes d'une membrane jaunâtre contenant un peu de muco-pus d'à peu près 8 centimètres. Après une courte réaction fébrile l'enfant entre rapidement en convalescence.

Pour les oto-chirurgiens tentés de suivre l'exemple de Costen, nous remarquerons que la célérité de l'opération est une condition de réussite. Une autre condition est la collaboration avec un pédiatre expérimenté. Encore ne faut-il pas oublier que les enfants soumis à l'opération ont une certaine résistance qu'ils ont prouvée par la longue durée de l'entérite qui s'étend sur plusieurs semaines. Marriott insiste surtout sur la déshydratation qui caractérise cette entérite.

LAUTMAN.

## **LABYRINTHE**

### **F. W. Törne. — Contribution à l'étude du traitement des labyrinthites otogènes (*Acta oto-Laryngologica*, 1929, *Supplementum*, IX, 56 p.) (1).**

Les 20 premières pages de ce mémoire sont consacrées à un historique minutieux de la question. L'auteur expose ensuite qu'il adopte la classification de Holmgren : il distingue ainsi quatre formes cliniques de labyrinthite : 1° Labyrinthites circonscrites dans lesquelles une des fonctions de l'oreille interne, cochléaire ou vestibulaire, est absente et l'autre présente ; 2° Labyrinthites séreuses, dans lesquelles les deux fonctions labyrinthiques sont encore présentes ; 3° Labyrinthites aiguës diffuses, purulentes avec symptômes vestibulaires objectifs et disparition des fonctions ; 4° Labyrinthites purulentes latentes qui se caractérisent par une disparition totale des fonctions vestibulaires, sans aucun signe objectif. Le matériel utilisé pour ce travail est représenté par 116 malades, observés de 1918 à 1927. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Labyrinthites circonscrites. Il en a été observé 21 cas, dont 4 au cours d'une otite aiguë. De l'étude de ces malades on peut admettre que, au cours de ces labyrinthites, il n'est pas rare de voir survenir des modifications du liquide céphalo-rachidien, d'où la nécessité de faire dans ces cas la ponction lombaire. La règle qui prescrit de s'abstenir de la labyrinthectomie en présence d'une labyrinthite circonscrite ne saurait être maintenue, car la constatation d'une modification du liquide c. r. est une indication formelle de labyrinthectomie immédiate. Le danger de cette intervention dans ces formes cliniques n'est pas aussi grand qu'on l'a dit : en effet, sur les 9 malades de cette catégorie qui ont subi cette opération, en raison des altérations du liquide c. r., il y a eu 1 seul décès et 8 guérisons. Quand un malade atteint de labyrinthite circonscrite a subi, pour d'autres raisons, une intervention mastoïdienne, il est indispensable, dans les jours qui suivent, d'examiner quotidiennement les fonctions labyrinthiques, et au besoin de pratiquer une ponction lombaire ; en effet, on a observé, dans deux cas, à la suite de cette intervention la transformation de la labyrinthite, qui, de circonscrite, est devenue diffuse purulente. Enfin il apparaît que le pronostic de la labyrinthite circonscrite est plus grave quand il s'agit d'otite chronique sans cholestéatome, que dans le cas d'otorrhée avec cholestéatome.

2° Labyrinthites séreuses. La conduite à tenir, dans ce cas, consiste à intervenir immédiatement, mastoïdectomie ou radicale suivant qu'on se trouve en présence d'une otite aiguë ou chronique. Les malades chez lesquels on observe une diminution importante des fonctions cochléaire et vestibulaire nécessitent une surveillance attentive, qui doit s'exercer aussi bien sur ces fonctions que sur le liquide c. r. S'il y a paralysie presque complète cochléaire et vestibulaire, c'est à la labyrinthectomie qu'il faut avoir recours. On a observé 72 malades de cette catégorie, soit 22 avec otite aiguë, 50 avec otite chronique. Sur ces 72 malades la labyrinthectomie a été pratiquée 10 fois avec 2 décès (1 otite aiguë, 1 otite chronique), mais dans ces deux cas il y avait simultanément thrombose du sinus latéral.

3° Labyrinthites purulentes aiguës. La labyrinthectomie immédiate est ici, la règle formelle. Toute autre intervention, l'évidement par exemple, ne ferait que perdre du temps et courir le risque d'infecter les méninges. Cette règle subsiste même lorsque le liquide c. r. est normal. Dix-sept malades appartenaient à cette catégorie, et chez 6 d'entre eux il y avait des signes de méningites. La labyrinthectomie a été pratiquée 15 fois avec 4 décès.

(1) En Allemand.

4° Labyrinthites purulentes, latentes. L'auteur partage l'avis de Ruttin : quand pour d'autres raisons on est ici amené à faire un évidement, il faut compléter cette intervention par l'ouverture du labyrinthe. Peut-on se fonder sur la présence ou l'absence de la compensation à l'épreuve rotatoire, pour en déduire la date probable de la destruction labyrinthique, se contenter d'un évidement s'il y a compensation, ouvrir le labyrinthe s'il n'y a pas compensation ? Adopter une telle ligne de conduite serait très dangereux. Tel est d'ailleurs l'avis de Barany. Selon cet auteur la compensation est un phénomène central consécutif aux altérations survenues dans le labyrinthe périphérique ; mais il est tout à fait indépendant du processus qui continue d'évoluer dans cet organe soit vers la guérison, soit vers la destruction totale du labyrinthe.

La gravité opératoire de la labyrinthectomie paraît très faible, puisque sur les 14 malades opérés, et qui n'avaient pas de signes de réaction méningée, il n'y a eu qu'une seule mort. Quand on se rappelle que certains auteurs comme Hinsberg estiment à 25,33 et même 50 % la mortalité des labyrinthites non traitées, la supériorité du traitement opératoire apparaît éclatante.

CAUSSÉ.

**Klingenberg. — La fracture isolée du limaçon dans les fractures de la base du crâne (Z. Hals usw Heilk., t. XXII, n° 1).**

Du fait que dans la fracture de la base du crâne il y a hémorragie par le nez et par l'oreille, on pouvait théoriquement être conduit à demander à l'oto-chirurgien d'intervenir pour mettre le blessé à l'abri de la méningite. Par un instinct naturel les chirurgiens se sont toujours refusés à cet appel de Voss, de Ruttin et autres. En effet l'opération était loin de mettre le blessé à l'abri de cette complication mortelle, et les statistiques prouvaient que si le blessé n'était pas tué sur le coup, il avait 5 chances sur 6 de se tirer d'affaire. Le rôle que l'otologiste a à jouer dans les fractures de la base du crâne, tout en diminuant de ce fait beaucoup, reste néanmoins important quand après disparition des premiers grands troubles, le blessé accuse la surdité et le vertige. La situation est très simple quand il s'agit de fracture longitudinale de l'os pétreux où la capsule du labyrinthe reste presque toujours intacte. Le trait de fracture va de l'écaille, à travers le toit de la caisse, à l'arête antérieure de la pyramide. Le traumatisme est suivi dans l'oreille d'hémorragie dont les foyers ont des préférences (canal du nerf ampullaire, conduit interne) et de déchirures dans les nerfs dont la plus grave est la déchirure de l'acoustique. On pourrait s'attendre à une perte très marquée de l'audition. Heureusement les statistiques semblent montrer que la surdité totale est très rare et que le malade s'il guérit garde un certain degré d'audition sans aucun trouble de l'équilibre. Peut être reste-t-il une hypoexcitabilité calorique. Quant à la paralysie faciale elle est très fréquente.

Le deuxième groupe de fractures de la base du crâne est celui où le trait de fracture est perpendiculaire sur l'os pétreux dans la direction d'en avant en arrière sur la base du crâne. Le trait de fracture traverse le limaçon et le vestibule et se termine dans le canal musculo-tubaire. Les lésions des parties molles de l'oreille interne sont très intenses, l'espace endo-lymphatique est toujours le siège d'une hémorragie grave. Dans l'oreille moyenne les lésions touchent le canal musculo-tubaire et le canal de Fallope, mais le tympan et le conduit externe échappent au traumatisme. En conséquence l'oreille ne saigne pas en dehors, mais le malade est totalement sourd et il le reste. De même l'appareil vestibulaire ne réagira plus.

Il existe aussi un troisième groupe de lésions traumatiques de l'oreille interne qui ne sont pas provoquées par une fracture de l'os pétreux et qui sont assez intéressantes à connaître. Il s'agit dans ces cas, très rares du reste, de surdité complète due soit à un trau-

matisme isolé du limaçon, soit à une déchirure isolée du nerf cochléaire. Jusqu'à présent on ne possédait que des pièces anatomiques illustrant ces lésions. Klingenberg nous apporte deux cas cliniques avec fracture isolée du limaçon. Voici ces deux cas très intéressants.

Un homme de 26 ans fait une chute de motocyclette sur le côté droit de la tête. Perte de connaissance pour deux minutes. Immédiatement après l'accident, il constate des bruits dans l'oreille droite et des sensations vertigineuses pendant 4 à 5 heures. Quelques heures plus tard il avait l'impression d'être sourd de l'oreille droite. Vomissements pendant 2 jours pas d'hémorragie par le conduit, pas de paralysie faciale. Quinze jours après l'accident l'oreille droite était complètement sourde. Pas de vertige. Nystagmus calorique normal, mais pas de réaction subjective. La radiogramme montre : limaçon, vestibule et conduit interne bien visibles. A travers le limaçon, un trait de fracture partant de l'arête supérieure du pétreux à 1 centimètre derrière le canal semi-circulaire supérieur, laissant le vestibule absolument libre. Réexaminé 2 ans plus tard même état.

Un homme de 56 ans est renversé par une motocyclette. Perte de connaissance, épistaxis, pas d'hémorragie de l'oreille. Surdité et paralysie faciale et accès de vertige immédiatement après l'accident. Seize mois après l'accident le malade se plaint toujours de surdité de l'oreille droite et de bruits subjectifs. Les troubles de l'équilibre très diminués. Il existe une parésie du facial, surdité complète de l'oreille droite. L'appareil vestibulaire réagit à peu près normalement. Les rayons X montrent un trait de fracture à peu près analogue au premier cas, c'est-à-dire commençant à 3 millimètres derrière le canal semi-circulaire supérieur, traversant le limaçon et laissant le labyrinthe postérieur intact.

On voit donc qu'il existe un troisième groupe de fractures du labyrinthe caractérisé par surdité unilatérale avec conservation presque intacte de la réaction vestibulaire sans hémorragie par le conduit. On voit nettement l'importance de ces cas dans les cas litigieux où les malades pourraient facilement être considérés comme des simulateurs. Comme les deux cas le montrent, une radiographie positive montrant le trait de fracture nettement sera nécessaire.

Quoique les deux cas de Klingenberg aient guéri, le pronostic de ces fractures se confond à peu près avec le pronostic de la fracture de la base du crâne. Ceci est d'autant plus important à savoir que les grands symptômes de la fracture de la base du crâne se manifestent peu. On pourrait facilement être tenté de considérer ces cas comme commotion du cerveau, faire un pronostic relativement favorable. La mort récente d'un jeune chirurgien de Paris, survenue à la suite d'un accident d'auto, et dans lequel le diagnostic de fracture de base du crâne n'a pas été porté de suite est un triste exemple de ces cas méconnus.

LAUTMAN.

**Dana W. Drury. — Le syndrome de Ménière (*The Laryngoscopw*, t. XXXIX, n° 3).**

Quoique Ménière ait publié sa fameuse publication dans un périodique pas trop inaccessible, les auteurs ont si mal rapporté depuis son travail que Drury est allé chercher le travail original dans la *Gazette médicale de Paris*, de l'année 1861. Il rapporte de ce travail intitulé *maladies de l'oreille interne offrant les symptômes de la congestion cérébrale apoplectiforme*, les observations suivantes. Un médecin de 47 ans était atteint de bourdonnements d'oreilles depuis 15 ans avec une audition diminuant progressivement depuis ce temps malgré tous les traitements. Après une crise d'éternuements le malade voulant se lever, trouve que sa démarche est incertaine. Il ressent en même temps une pression dans

la région occipitale et mastoïdienne gauche. De même il sent que le côté gauche paraissait ne pas obéir à sa volonté et cependant il n'y avait aucune parésie. L'intelligence était intacte et le malade était capable d'écrire. Pendant qu'on lui faisait une saignée il a été pris de vomissements et de nausées. Quelques jours plus tard, tous les symptômes avaient disparu, sauf l'audition qui a encore diminué.

Le deuxième cas concerne également un médecin de 45 ans, ancien paludéen. A la suite de la quinine se sont installés des bourdonnements auxquels s'est ajouté un certain degré de surdité. Brusquement le malade est pris de vertige et de vomissements. Cet accès oblige la malade a gardé le lit en janvier et février 1859. Nouvel accès en août. Dans un nouvel article de la même année, Ménière publie et la suite de la première observation et une nouvelle observation concernant un jeune industriel, qui a été pris brusquement par cette attaque pendant qu'il donnait des ordres à un employé, et l'observation d'un commerçant de 40 ans chez lequel l'attaque est survenue également brusquement sans cause appréciable. Enfin il y a encore l'observation d'un malade de Laboulbène chez lequel Ménière a été appelé en consultation avec Trousseau, et où les symptômes ont apparu en pleine santé pendant qu'il se promenait sur les boulevards. Quant au cas partout cité de la jeune fille voyageant en diligence qui, 5 jours après le début des symptômes est morte dans le service de Chomel, il est postérieur à ces cas. C'est le seul cas autopsié par Ménière. Il a trouvé dans les canaux semi-circulaires une substance rougeâtre, le limaçon ne contenait pas de lésions, le reste de l'autopsie était négatif.

Tels qu'étaient les premiers cas publiés par Ménière, tels nous les trouvons encore aujourd'hui. L'examen du système nerveux le plus minutieux ne laisse trouver aucune lésion. Les autopsies manquent. Cependant la symptomatologie nous force à mettre le labyrinthe en cause, car comment pourrions-nous plus facilement expliquer que surdité, vertige et bourdonnements d'oreille puisse apparaître par une localisation malade autre que dans l'oreille interne. Il est vrai que Randall Hoyt (même numéro du *Laryngoscope*, p. 265), nous offre une réponse très séduisante à cette question. Nous sommes, dit-il tellement prisonniers de l'idée que le vertige signifie désordre du labyrinthe que nous ne tenons pas assez compte que le labyrinthe n'est que la dernière manifestation du neurone vestibulaire qui remonte jusque dans le cerveau. Si nous suivons l'acoustique jusque dans la région du pont, nous voyons que les fibres se divisent là dans un tractus vestibulaire et un tractus auditif. Les deux acoustiques ne sont pas très éloignés l'un de l'autre. En étudiant de près cette région, Hoyt a été frappé de l'extraordinaire vascularisation de laquelle on ne peut pas dire si elle est artérielle ou veineuse. Il n'est donc pas difficile de s'imaginer que des troubles vasculaires dans cette région, comme ils peuvent survenir à la suite des troubles les plus différents de l'organisme, puissent donner lieu à la naissance du syndrome de Ménière. Nous pouvons ainsi expliquer la brusquerie de leur apparition, la simultanéité des phénomènes des deux côtés, la disparition au moins d'une partie des symptômes. Ceci nous explique aussi pourquoi l'autopsie dans des cas nets de Ménière est restée négative dans l'oreille interne, et pourquoi des lésions nettes de l'oreille interne n'ont pas donné lieu au syndrome de Ménière.

Lermoyez dans son spirituel article « Le vertige qui fait entendre » croit qu'il s'agit d'un spasme de l'artère auditive qu'il compare au spasme de l'artère rétinienne, bien connu des oculistes. D'après Lermoyez, le spasme provoquerait l'accès typique de Ménière. La variante très particulière décrite par lui serait la phase terminale d'un accès de Ménière quand le spasme ayant cessé, le sang fait irruption dans l'oreille interne provoquant un vertige passager et laissant après sa disparition une audition améliorée.

Ce syndrome de Ménière se rencontre assez souvent dans la pratique sans qu'on puisse précisément dire, comme le dit Drury de lui-même qu'il se passe à peine une semaine sans qu'on soit consulté pour un cas diagnostiqué de Maladie de Ménière ». En effet c'est par

centaines que Drury a vu de ces cas et, s'il n'en rapporte que 4, c'est probablement pour ne pas fatiguer le lecteur.

Drury veut montrer que si l'examen le plus minutieux au point de vue nerveux reste négatif, il n'en est pas de même au point de vue de l'examen de l'état général. Nous savions déjà que le syndrome de Ménière pouvait se voir dans les affections cardio-vasculaires, dans les affections rénales, dans la syphilis, dans les affections du foie et dans les toxémies différentes. Les cas ne présentent pas de difficultés particulières au moins pour le traitement. De même n'est-il pas question du syndrome de Ménière quand il apparaît au cours d'une otopathie certaine. Mais en dehors de ces cas, Drury attire l'attention sur le syndrome de Ménière apparaissant au cours d'un défaut de sécrétion des glandes internes. Nous aurions certainement rapporté avec détails les observations de Drury si elles étaient plus démonstratives. Mais voici. Dans le premier cas il s'agit d'un homme de 56 ans chez lequel on relève bien quelque déficience de la glande thyroïde, mais surtout une lésion du foie. Le traitement dirigé contre l'affection hépatique a surtout débarrassé le malade de ses ennuis. Dans le deuxième cas il s'agit d'un homme de 52 ans tabagique, alcoolique, néphritique. Il y a bien le 3<sup>e</sup> cas chez lequel il s'agit de hypothyroïdisme, mais le traitement approprié ne s'est pas tout de suite montré spécifique. Enfin le 4<sup>e</sup> cas chez lequel les troubles endocriniens n'étaient pas très manifestes non plus. Ces recherches ne sont pas toujours très faciles. Les spécialistes en endocrinologie pourront déceler des troubles qui échappent à un œil moins exercé. Eux aussi peuvent avoir des résultats thérapeutiques là où un moins exercé n'aurait que des déboires. En ce qui concerne le syndrome de Ménière, d'origine endocrine il s'agirait surtout d'une insuffisance hypophysaire. Notons que sur les 4 cas de Drury il ne s'en trouve pas un.

On voit que ce syndrome de Ménière est encore entouré de mystère. On ne peut pas conseiller assez de prudence aux praticiens appelés à formuler un pronostic et à prescrire un traitement. Drury apporte 4 cas avec 4 améliorations et ce qui est encore remarquable, avec amélioration de l'audition. Dans les cas qu'on a appelés « Maladie de Ménière » et qu'il vaut mieux appeler comme Politzer « Maladie apoplectiforme de Ménière », les choses ne se passent pas ainsi. Si la crise est de courte durée l'audition revient rarement à l'état primitif et ce qui pis est, la crise ne reste pas unique. Le médecin peut commettre des erreurs de pronostic les plus graves pour sa réputation dans un sens ou dans l'autre, et l'évolution fâcheuse de la maladie peut être imputée par le malade au traitement conseillé.

LAUTMAN.

**Newhart. — L'aide aux durs d'oreille** (*The Laryngoscope*, t. XXXIX, n° 4).

Il existe en Amérique une organisation nationale appelée « Fédération américaine pour l'organisation de l'aide à apporter aux durs d'oreille » qui est probablement unique au monde. Des notables spécialistes sont à la tête de cette organisation dont le but principal consiste à créer des écoles pour les sourds, à organiser des centres d'éducation pour la lecture sur les lèvres, à surveiller la publication des articles vantant des traitements et des médicaments guérissant la surdité. Cette société se tient en contact avec les inventeurs et fabricants d'appareils acoustiques. Elle organise des réunions amicales pour les sourds et s'occupe autant que possible de l'état moral et matériel des « emmurés »... Newhart, membre de cette fédération, insiste sur la nécessité de conseiller à nos clients, chez lesquels nous ne sommes pas absolument sûrs d'un pronostic favorable pour la marche de leur surdité : 1° d'apprendre à lire sur les lèvres ; 2° de se procurer un appareil acoustique aussitôt que possible. Généralement dans la pratique on néglige de rendre ces précautions en temps utile. Si la lecture sur les lèvres s'apprend relativement vite entre l'âge de 30 et



40 ans il faut, après cet âge, déjà un effort plus grand. Quant à l'emploi d'un appareil acoustique, une coquetterie mal comprise empêche l'infirme d'y avoir recours en temps utile. Or, quelque soit l'appareil utilisé, il faut une adaptation spéciale qui est plus ou moins longue à acquérir. Tous les appareils déforment la voix. Cette déformation est d'autant plus grande que l'amplification nécessaire est plus grande. Dans l'audition normale nous ne tenons pas compte des déformations et des bruits accessoires qui accompagnent toute émission de voix. Avec les appareils, cette déformation devient parfois si prononcée qu'elle empêche la compréhension. Il faut apprendre à faire abstraction. Moins la surdité est prononcée, plus le malade arrive à supprimer ces distortions. Elles sont moins prononcées avec les cornets acoustiques ordinaires qu'avec les appareils électriques. Du reste Miss A. V. Peck, un autre membre de la fédération qui a une grande expérience des appareils acoustiques, recommande de préférence les cornets acoustiques.

On sait que nous devons à la surdité de la fiancée de Graham Bell l'invention du téléphone. Après avoir essayé les différents modèles de cornets acoustiques pour sa fiancée, Bell s'est vu obligé d'inventer un appareil électrique. Presque tous les ans une nouvelle modification est apportée à l'instrument original de Bell. Tous les otologistes connaissent, des cas de surdité très prononcée qui sont miraculeusement vaincus par l'un ou l'autre appareil acoustique électrique. En face de la réclame qu'on trouve pour ces appareils, l'otologiste doit savoir que pour la grande majorité des cas les appareils non électriques sont les meilleurs. Ils sont aussi les meilleurs marché. D'après Bewhart le modèle ordinaire de ces appareils électriques se vend en Amérique 25 dollars. Avec des amplificateurs plus puissants leur prix monte jusqu'à 100 dollars. Il y a encore des appareils plus chers, appareils très délicats, non transportables, destinés pour le bureau seulement, et coûtant plusieurs centaines de dollars.

Vis-à-vis des réclames scandaleuses des commerçants, il faut que l'otologiste prévienne le sourd qu'aucun appareil pour l'amélioration de l'audition n'est capable de guérir sa surdité. Cependant on peut constater que, tout en restant sourd le malade acquiert une habileté plus grande à comprendre son interlocuteur. Il n'est peut être pas inutile d'affirmer aussi que l'audition ne peut pas être améliorée par l'action du son, aussi fort que soit la source émettrice. Au contraire, les sons trop puissants peuvent même détériorer ce qui existe d'audition. Ceci explique le danger des appareils amplificateurs trop puissants.

Muni d'un appareil acoustique le sourd ne devrait pas échapper à la surveillance de l'otologiste. Celui-ci doit surveiller ce qui reste d'audition, s'opposer à une vie anti-hygiénique, aux effets nuisibles de la surcharge alimentaire, usage du tabac et d'alcool.

LAUTMAN.

**Kopetzky et Almour. — Contribution aux indications de l'intervention dans la labyrinthite suppurée et dans la méningite otogène (*The Laryngoscope*, t. XXXIX, n° 4).**

Il est remarquable avec quelle rapidité les oto-chirurgiens se sont mis d'accord sur quelques indications fondamentales dans la chirurgie du labyrinthe. Tous les oto-chirurgiens admettent aujourd'hui qu'il ne faut pas intervenir sur le labyrinthe tant que la labyrinthique est circonscrite. De même on s'abstient d'intervenir quand on a des raisons de croire que la labyrinthite est séreuse. Il suffit dans ces deux cas d'intervenir sur l'oreille moyenne dont la suppuration est la cause de la labyrinthite. A ces deux indications de la non intervention s'ajoute une troisième qui est la non altération du liquide cérébro-spinal. Quand le labyrinthe ne réagit plus, ni à l'excitation acoustique ni à l'excitation vestibulaire, et que nous avons des raisons de croire qu'il s'agit d'une labyrinthite suppurée, il y

a encore quelque hésitation parmi les oto-chirurgiens. Tandis que quelques auteurs poussent l'expectative dans ces cas aussi loin que possible, d'autres sont pour une intervention simultanée sur le labyrinthe et sur l'oreille moyenne. Kopetzky et Almour interviennent dans ces cas seulement si le liquide cérébro-spinal donne des signes évidents d'une invasion de l'espace sub-arachnoïde. Mais ils ajoutent que dans ces cas on sent que l'intervention sur les méninges est également nécessaire, et croient que dans ces labyrinthites même non compliquées de méningite existe de la fièvre. Ceci n'est plus du tout admis. La fièvre est considérée comme un symptôme de méningite et ceci seul justifie l'intervention proposée par Kopetzky et Almour dans les labyrinthites suppurées.

Quant aux indications du traitement chirurgical de la méningite otogène, l'accord semble également se faire. Quoique exceptionnellement un cas de méningite suppurée puisse guérir on peut dire que la méningite suppurée est, sans opération une complication mortelle de l'otite. Seule l'intervention chirurgicale précoce est capable de changer le cours des événements. On sait aujourd'hui que toutes les méningites ne se ressemblent pas pour la rapidité de leur extension. On a appris aussi que certaines aires de la méningite sont moins dangereuses que d'autres. Une méningite dans la fosse cérébrale moyenne a quelques chances de se résorber spontanément. En tous cas sa tendance à la diffusion n'est pas aussi grande que celle des autres régions. Un exemple connu de cette méningite localisée à la pointe du rocher est celle donnant lieu au syndrome de Gradenigo. Presque tous les chirurgiens restent dans l'expectative vis-à-vis de cette forme de méningite. Moins terrible est aussi la méningite de la fosse cérébrale postérieure, elle ne se laisse pas du tout comparer avec les méningites qui se développent dans le triangle de Trautmann ou dans les méningites compliquées de thrombose du sinus. Depuis longtemps on fait déjà la distinction entre les méningites consécutives à l'otite aiguë et à l'otite chronique, tout à l'avantage bien entendu de cette dernière.

Les oto-chirurgiens qui n'aiment pas les interventions sur les méninges parlent volontiers de méningites collatérales qui d'après eux ne seraient pas des méningites vraies et seraient susceptibles de guérison par simple suppression du foyer suppuré primitif. On fait le diagnostic de ces méningites collatérales par la preuve de la stérilité du liquide cérébro-spinal. C'est une conception qu'il vaut mieux abandonner dans l'intérêt des malades. Eagleton a prouvé qu'il existe des cas authentiques de méningite suppurée dans lesquels le liquide retiré par ponction lombaire est stérile, tandis que le liquide retiré de la ponction à proximité de l'aire d'infection de l'espace sous arachnoïdien ne l'est pas. En conséquence il est logique d'opérer précisément de préférence les cas de méningite cliniquement avérées et dans lesquels le liquide cérébro spinal est encore stérile. Au contraire si on attend jusqu'à ce que l'authenticité de la suppuration des méninges devienne manifeste par le liquide cérébro-spinal, on risque de perdre le malade.

Il importe ainsi de suivre le chemin par lequel la suppuration est entrée dans l'endocrâne. Sur ce dernier point Eagleton (même journal, p. 271) a donné quelques renseignements précieux. En effet l'inflammation, dit Eagleton, se cantonne pendant un temps plus ou moins long sur une partie des méninges où elle a fait sa première invasion. Avant tout la suppuration gagne les méninges par la voie veineuse. Malheureusement nous avons trop peu étudié le système veineux du rocher et ses rapports avec les méninges. Eagleton a trouvé constamment deux systèmes veineux, l'un dans le tegmen l'autre dans la pyramide elle-même. Tous les deux vont dans le sinus. Une autre voie de propagation se fait directement par la pyramide dans l'espace arachnoïdien. Ces communications directes pie-arachnoïdiennes avec l'os pétreux sont connues. C'est le ductus endolymphaticus et surtout le conduit auditif interne. Eagleton en a trouvé aussi dans le triangle et dans le tegmen. Ensuite il y a les déhiscences ou congénitales ou acquises. Pour Eagleton la bonne réussite des opérations sur l'os pétreux dépend aussi de l'emploi de la fraise et

de la tréphine électrique. La cause de la grande mortalité constatée à Vienne est imputable à l'emploi du marteau et de la gouge. On n'aura jamais de bons résultats quand on tape avec un marteau sur le crâne d'un malade en état de prostration méningée.

LAUTMAN.

**Muck. — Une preuve certaine quelle nystagmus calorique est dû à une vaso-constriction de l'artère acoustique (Z. Hals. usw. Heilk., t. XXII, n° 5).**

La preuve n'est pas certaine, et encore la vaso-constriction n'explique que le nystagmus à l'eau froide. Mais comme cette publication nous permet de revenir de nouveau sur l'expérience de Muck à l'adrénaline nous analysons ce travail. Quand on pulvérise la solution d'adrénaline sur la muqueuse nasale, on obtient une très légère ischémie. Si avec une sonde on fait des raies sur la muqueuse du cornet, (comme par exemple quand on cherche la raie adrénalinique sur l'abdomen) on provoque une dilatation qui peut persister plus ou moins longtemps. C'est le réflexe normal. Dans les cas pathologiques, surtout chez les individus sympathicotoniques l'ischémie devient plus manifeste sous l'excitation de la sonde. On voit au bout de une à deux minutes, quand le reste de la muqueuse commence à reprendre sa coloration normale, les raies adrénaliniques se préciser encore davantage. Le réflexe serait surtout très prononcé chez les migraineux vrais, Muck a trouvé que, si en même temps qu'on fait l'expérience à l'adrénaline, on provoque le nystagmus calorique la raie adrénalinique devient excessivement marquée même chez les individus normaux. Le nystagmus calorique provoquerait donc un état de sympathicotonie, c'est-à-dire un spasme de l'artère auditive. Dans les cas où le labyrinthe est inexcitable caloriquement la raie adrénalinique manque. Il est facile de prouver à Muck que sa preuve n'en est pas une. La sympathicotonie provoquée par l'expérience de Kobrak devrait mettre le malade en état de sympathicotonie d'une moitié au moins du cerveau. Or il n'en est rien puisque c'est précisément le grand avantage de Kobrak de ne provoquer que le nystagmus sans autre manifestation.

LAUTMAN.

**Portmann. — Les troubles vaso-moteurs de l'oreille interne (Annals of otology, t. XXXVIII, n° 1).**

De tous les travaux du distingué professeur de Bordeaux, c'est le moins personnel. P. dit bien qu'il a fait des expériences sur l'excitation du sympathique dans la région du labyrinthe. Ces expériences consistent en sympathectomie des filets péri-carotidiens ou en injections des produits excitants ou paralysant les filets du sympathique. Il a aussi fait des expériences par la compression de l'artère vertébrale ou par l'administration des bains chauds. Mais toutes ces expériences ont été publiées probablement ailleurs, car dans le présent article P. donne surtout un résumé des travaux connus de Escat, Ménière, Lermoyez. Il attache surtout une grande importance au travail très connu de Lermoyez sur « le vertige qui fait entendre ». Cette conception de Lermoyez nous a toujours paru plus théorique que soutenue par les faits. Nous rencontrons rarement ce vertige bienfaisant. Portmann reprend la comparaison de Lermoyez entre la maladie de Ménière (cette maladie de Ménière jamais bien définie et aujourd'hui plutôt controversée) et le vertige de Lermoyez. Dans la maladie de Ménière, l'audition bonne est brusquement troublée par un vertige provoquant une surdité subite. Les symptômes s'améliorent lentement. Dans le syndrome de Lermoyez, la mauvaise audition (et non pas comme on a imprimé dans le

texte la bonne audition) est brusquement interrompue par un vertige qui, après sa disparition laisse une bonne audition. Qu'il s'agisse dans le syndrome de Ménière d'un spasme de l'artère acoustique interne c'est une hypothèse. Portman écrit plus loin que tous les otologistes savent que le vertige disparaît avec la destruction du labyrinthe. Il faudrait dire que tous les otologistes l'ont cru. Mais nous savons parfaitement aujourd'hui qu'il y a autant de vertiges qui viennent du labyrinthe que de ceux qui naissent en dehors de lui.

Le chapitre des troubles vaso-moteurs de l'oreille interne domine actuellement la pratique journalière de l'otologiste. En effet, bruits subjectifs, vertiges et surdité sont des manifestations attribuées à une affection du labyrinthe. Pour le moment la nature intime de ces troubles nous échappe. Nous n'avons pas encore une vue directe sur le labyrinthe non supprimé. Nous sommes pour le moment à la remorque des idées régnantes sur la sympathicotomie et la vagotonie. Mais dans ce chapitre, les idées sont tellement embrouillées que pour le moment nous ne pouvons en retirer un grand bénéfice pour notre spécialité. En remplaçant les expressions de vagotonie et de sympathicotomie par les termes, usités en Amérique, de réaction sympathique thoraco-lombaire, et réaction sympathique craniocervicale, on trouvera une confirmation de cette assertion dans un travail de Ellison L. Ross et Murland W. Fish, paru dans le numéro des *Annals of otology* sous le titre de « Réaction de l'appareil vestibulaire aux médicaments ». Les auteurs nous rapportent en détails des expériences qu'ils ont faites sur le chien pour exciter son appareil vestibulaire soit avec épinéphrine, différents nitrites, cocaïne, nicotine, pilocarpine, atropine. Les résultats ont été des plus incertains. En effet comment reconnaître une réaction vestibulaire qui se manifeste par des bruits subjectifs, de la surdité et des vertiges quand le sujet examiné est un chien ? Encore que les auteurs ont eu l'idée d'examiner la seule manifestation objective du labyrinthe, le nystagmus. Mais là aussi nous connaissons les difficultés qu'on rencontre quand il s'agit de décider entre un hyper et un hypofonctionnement de l'appareil vestibulaire.

LAUTMAN.

### **Hompes. — L'otite toxique (*Annals of Otolaryngology* t. XXXVIII, n° 1).**

Mauvais titre. Il ne s'agit ni d'otite salicylique, arsenicale, tabagique, etc., mais bien des troubles de l'acoustique dus à un retentissement de l'acoustique aux différents poisons que l'organisme élabore dans les différents foyers d'infection. En somme une application à l'acoustique de la théorie de la focal infection, chère aux Américains. Mieux vaudrait alors parler d'otite toxinique ; ces otites sont très fréquentes mais échappent malheureusement encore trop souvent à l'otologiste qui n'a pas l'habitude de faire l'examen général de son malade. Quelques exemples feront bien comprendre l'idée de Hompes.

Une femme de 28 ans est dure d'oreille depuis longtemps. Depuis une attaque de grippe elle se plaint aussi de bourdonnements et de douleurs passagères dans la région du sinus maxillaire et de la mastoïde. Il existe un certain état d'appendicite chronique. Sur le conseil de H. la malade se fait opérer et deux mois après l'opération elle écrit à H. que les bourdonnements ont disparu et que l'audition s'est améliorée...

Une femme de 50 ans se plaint surtout de bourdonnements d'oreilles. En raison d'une rhino-pharyngite très prononcée, les otologistes ont attribué ces troubles auriculaires à une obstruction tubaire. H. l'a fait opérer d'une cholécystite avec excellent résultat pour l'oreille.

Un garçon de 16 ans se plaint de surdité datant de plusieurs mois. H. trouve des amygdales infectées et des végétations adénoïdes, de l'albuminurie et une pyélite. La suppression de ces foyers d'infection guérit l'otite.

Une jeune fille de 22 ans est atteinte du syndrome de Ménière. Un otologiste réputé fait un très mauvais pronostic. H. découvre une appendicite chronique chez cette malade. Sous un régime hygiénique bien choisi, la malade est débarrassée de ses vertiges et de sa surdité.

Assez nombreux doivent être les troubles auriculaires chez les tuberculeux au début. Une femme de 37 ans se plaint de bruits subjectifs et de surdité depuis plusieurs mois. H. fait examiner la malade par un médecin compétent qui découvre une tuberculose pulmonaire. Une cure appropriée était suivie d'un excellent résultat pour l'oreille. Des cas analogue doivent être fréquents. H. cite Bezold qui écrit que « La polynévrite acoustique des tuberculeux est l'exemple le plus connu des troubles de l'acoustique dus à des maladies infectieuses. »

Peut-être aussi fréquente que ces otites dues à des infections sont celles dues aux maladies constitutionnelles comme la goutte, l'urémie chronique, le diabète, les anémies etc.,. Tout cela n'est pas nouveau. Il suffit cependant de voir combien de malades sourds ou bourdonnants sont gratifiés du diagnostics d'oto-sclérose et chez lesquels les troubles auriculaires sont les premiers symptômes méconnus d'une déchéance organique pour que des publications sur l'otite toxique ou toxémique méritent une attention plus vive de la part des médecins et otologistes.

LAUTMAN.

### **FOSSES NASALES**

**Menzel.** — **Le traitement de l'abcès de la cloison** (*Z. Hals usw. Heilk.*, t. XXII, n° 4).

Il existe au moins une dizaine de méthodes dans le résumé bibliographique de Menzel de traitement de cette affection. On pourrait encore ajouter le procédé de Gougenheim qui consistait à inciser simplement l'abcès à droite et à gauche de la cloison et à vider le contenu des poches. Pansement compressif consécutif dans les deux fosses nasales pour accoler les deux muqueuses. Menzel propose d'inciser largement une poche de l'abcès faire une inspection minutieuse, enlever tous les débris nécrosés, sectionner à la pince coupante et enlever à la curette ce qui ne paraît pas sain. Tamponnement des deux fosses nasales qu'on laisse deux ou trois jours. Les 5 observations de Menzel, plaident en faveur de sa méthode. Cependant on peut se demander si une chirurgie si active est toujours nécessaire. Déjà d'après Menzel lui-même Passow a déconseillé de trop examiner, de trop cureter et de trop chercher des parties nécrosées dans la poche de l'abcès. Le grand avantage de la rapidité de la guérison pourra être acheté, craignons-nous par une déformation persistante de la pointe du nez et peut-être même avec une complication plus grave encore. Le traitement par la double incision, le vidage et le double tamponnement a donné toujours de bons résultats dans le service de Gougenheim.

LAUTMAN.

**Klaus Vogel.** — **Constatations histo-pathologiques sur le ganglion sphéno-palatin dans les cas d'ozène** (*Z. Hals usw. Heilk.*, t. XXI, n° 5).

Il est rare que des trouvailles de médecine expérimentale faites sur l'animal se trouvent de suite confirmées par les expériences sur l'homme. Nos lecteurs n'ont probablement pas oublié la communication faite au Congrès français d'O. R. L. en 1928 par Moulouguet et Collin sur les résultats de quelques expériences sur le rôle trophique du ganglion sphéno-

palatin. L'ablation du ganglion sphéno-palatin chez des chiens ne provoque aucun trouble trophique de la muqueuse nasale, aucun trouble de la sensibilité chez ces animaux. Les auteurs concluent formellement à la non-participation du ganglion sphéno-palatin dans la pathogénie de l'ozène. A peu près à de mêmes constatations sont arrivés Jung, Tagaud, Chavannes dans leur communication intitulée : « Bloc sphéno-palatin, sympathique cervical et ozène » faite à la même séance. Ces recherches expérimentales ont été confirmées sur l'homme par Klaus Vogel. Le hasard a fourni à Vogel l'occasion pour ses recherches. Une jeune fille de 23 ans bien portante mais atteinte d'ozène meurt au cours d'une anesthésie locale. Vogel peut fixer, 26 heures après la mort, la tête dans une solution de formal à 10 % dont il extrait, en dehors du ganglion sphéno-palatin le ganglion de Gasser, le ganglion ciliaire, le ganglion géniculé et le ganglion jugulaire du pneumo gastrique des deux côtés. L'examen très détaillé rapporté par Vogel nous montre que, sauf une dégénérescence fibreuse très prononcée du ganglion sphéno-palatin, tous les autres ganglions examinés ont été trouvés normaux. Supposant qu'il existait un rapport étiologique entre l'ozène et la dégénérescence du ganglion sphéno-palatin, Vogel a extirpé le ganglion sphéno-palatin d'un côté chez 10 malades atteints d'ozène qu'il a eu occasion d'opérer d'après la méthode de Lautenschlager-Seiffert. Dans tous ces 10 cas la même dégénérescence du ganglion sphéno-palatin a été retrouvée. Toutes les coupes histologiques montrent le même aspect, c'est-à-dire une atrophie très marquée des cellules avec peu de phénomènes inflammatoires et hypertrophie très prononcées du tissu conjonctif. Le rapport qui existe entre le ganglion sphéno-palatin et l'ozène constaté chez les malades est évident. Il s'agit seulement de savoir quel est ce rapport. Le ganglion était-il le premier malade et s'agit-il d'une dégénérescence descendante s'étendant sur la muqueuse nasale ou au contraire la dégénérescence est-elle remontée de la muqueuse vers le ganglion. Vogel s'arrête à cette dernière hypothèse pour les raisons suivantes. Comme les autres ganglions et surtout le ganglion de Gasser sont intacts, il faudrait admettre l'origine de la lésion dans le ganglion sphéno-palatin, ce qui est très peu vraisemblable. Vogel a recherché s'il existe des affections aiguës ou chroniques capables de léser primitivement le ganglion sphéno-palatin. A cet effet il s'est soumis à ce travail de bénédictin d'examiner le ganglion sphéno-palatin chez 51 individus morts de différentes maladies et pour éviter les erreurs dues aux altérations agionales et post mortem, il a prélevé ces ganglions à différentes périodes après la mort entre 1 heure et 50 heures. Dans un cas il a même enlevé le ganglion sphéno-palatin chez un malade atteint d'atrophie syphilitique tertiaire du nez. Tous ces examens lui ont donné confirmation en ce sens que la lésion du ganglion sphéno-palatin constatée dans les cas d'ozène ne se retrouve pas dans les autres affections.

Une autre raison qui justifie l'hypothèse d'après laquelle l'affection du ganglion sphéno-palatin n'est pas la cause de l'ozène est que l'extirpation de ce ganglion ne modifie en rien l'ozène des malades. En effet l'extirpation du ganglion a réussi dans tous les dix cas opérés, mais l'opération de Lautenschlager a raté dans deux cas, et il y a eu récidence dans un cas après 6 mois, dans l'autre après 8 mois. On voit donc que l'extirpation du ganglion sphéno-palatin n'a pu empêcher la récidence. Mais l'extirpation du ganglion n'a pas non plus augmenté les symptômes de l'ozène et n'a pas provoqué l'ozène chez le malade atteint de syphilis tertiaire du nez et chez lequel Vogel avait extirpé le ganglion sphéno-palatin d'un côté à fin d'examen. Cependant ce malade avait une rhinite atrophique syphilitique condition favorable pour provoquer l'ozène si la suppression du ganglion sphéno-palatin pouvait provoquer l'ozène. Ce cas montre que l'atrophie seule n'est pas capable de provoquer l'altération caractéristique du ganglion sphéno-palatin.

On pourrait croire que l'extirpation du ganglion sphéno-palatin est suivie chez l'homme de troubles graves. Il n'en est rien. Pendant quelques mois on constate une anesthésie ou peut-être même une simple hypoesthésie du côté opéré pour le toucher la douleur, la



thermoesthésie, s'étendant sur les cornets, les méats, le septum, le plancher nasal, les piliers antérieurs et postérieurs, le voile et le palais. Les phénomènes vasculaires et sécrétoires ne sont pas influencés. Nous avons déjà dit qu'il ne s'établit aucun trouble trophique. Il n'y a pas eu non plus de troubles moteurs ni du voile ni des piliers, ce que nous savions déjà d'après les travaux de Lermoyez.

Maintenant si quelque expérimentateur est tenté de refaire l'opération de Vogel il pourra utiliser le procédé suivant. Anesthésie comme pour le Caldwell-Luc, ouverture de l'antre, ablation de la paroi postérieure du sinus avec sa muqueuse en ménageant le périoste. A travers le périoste on injecte de nouveau une solution de novocaïne 2 % dans la fosse ptérygo-maxillaire. Section du périoste du haut en bas un peu vers la ligne médiane. Préparation prudente de l'artère maxillaire et du nerf infra-orbital. On suit ce dernier jusqu'au trou rond. De là, en se dirigeant en bas et vers la ligne médiane on cherche le ganglion sphéno-palatin. Ensuite on suit l'artère maxillaire interne jusqu'à sa séparation en artère sphéno-palatine et artère palatine. Préparation de ces deux artères. Derrière et du côté médian de l'artère palatine se trouvent les nerfs palatins sortis du ganglion et se dirigeant en bas. Préparation de ces nerfs palatins. Ainsi le ganglion sphéno-palatin se trouve bien isolé et forme une étoile triangulaire derrière l'artère sphéno-palatine. Pour libérer le ganglion aussi du côté médian dans la direction du canal vidian il faut extirper une petite lamelle de l'os palatin dans la région du trou sphéno-palatin. Ainsi le ganglion est libéré de tous les côtés. On sectionne d'abord le nerf palatin, ensuite le nerf vidien et en dernier le nerf sphéno-palatin. La procédure n'est pas tout à fait anodine malgré une anesthésie profonde. Il faut éviter de provoquer une hémorragie forte qui pourrait rendre l'extirpation impossible. Une lésion de la deuxième branche du trijumeau ne peut pas toujours être évitée.

LAUTMAN.

### NOSO-PHARYNX

**Gardham. — Endothéliome du naso-pharynx. Tumeur infiltrante de la base du crâne** (*Brit. Journ. Surg.*, octobre 1929, n° 66, p. 242-263).

Cette tumeur, bien qu'elle soit connue depuis longtemps est rarement décrite ; cela tient en partie à sa rareté, en partie à ce fait qu'elle n'offre aucune possibilité de traitement chirurgical. Elle s'observe, dit-on, plus volontiers chez l'homme jeune, mais les neuf malades que l'auteur a observés ne s'accordent pas avec cette opinion. Il est bien difficile de dire quel est le point de départ initial de la tumeur, parce qu'à ce moment aucun signe ne la révèle. Il semble bien, en tous cas, qu'elle ne naît pas de la muqueuse du pharynx, mais qu'il s'agit d'une tumeur infiltrante de la base du crâne, au voisinage de l'orifice de la trompe d'Eustache. Au début, la tumeur est rose, dure, infiltrante, et la muqueuse qui la recouvre n'est pas ou peu ulcérée. La tumeur s'étend vers la cavité buccale, à la jonction du palais osseux et du palais mou. Par ailleurs il y a infiltration des muscles du voisinage, extension à la base du crâne et même en dehors de celui-ci, par exemple dans la fosse temporale. Il est tout à fait exceptionnel que la néoplasie forme de véritables masses dans la cavité pharyngée.

L'extension de la tumeur dans le domaine du trijumeau n'atteint pour ainsi dire jamais la branche supérieure de celui-ci. En revanche les branches moyenne et inférieure sont constamment touchées, ce qui se traduit cliniquement par des douleurs dentaires et par de l'anesthésie. La branche motrice du nerf peut être également envahie et entraîner une paralysie des muscles de la mastication du côté de la tumeur. L'atteinte du moteur occu-

laire externe, quand elle se produit, est en général tardive. Quelques auteurs considèrent la paralysie du voile du palais comme un des signes caractéristiques de l'endothéliome du nasopharynx. Il s'agit en effet d'une véritable paralysie avec anesthésie, qui ne saurait être expliquée par l'infiltration des muscles du palais. Enfin les autres nerfs de la base du crâne peuvent également être envahis, mais seulement au stade ultime de la maladie. La surdité est un signe très précoce et très fréquemment observé : elle tient à l'obstruction tubaire. Celle-ci peut même entraîner une suppuration auriculaire. On a fréquemment noté des signes d'extension dans la cavité crânienne, et c'est à cette cause qu'il faut attribuer la paralysie du VI, mais dans les cas observés par l'auteur il n'y avait pas de symptômes d'hypertension. Celle-ci ne doit donc pas avoir la fréquence que lui reconnaissent les auteurs français. Si l'envahissement des ganglions est constant et précoce, il n'a rien de caractéristique. Souvent cet envahissement est bilatéral, et quand il se produit chez un sujet jeune il conduit parfois à poser le diagnostic de tuberculose. Dans les stades ultimes de la maladie on note la présence de métastases dans le foie, la colonne vertébrale, etc.

Au point de vue anatomo-pathologique cette tumeur offre de grandes analogies avec le carcinome ; les cellules adoptent souvent une disposition tubulaire. D'autre part un aspect assez caractéristique des coupes est celui-ci : quand la tumeur arrive au contact de la muqueuse, celle-ci n'est pas envahie, mais disparaît par atrophie.

En ce qui concerne le traitement, ses perspectives sont très sombres. Aucun des malades que l'auteur a traités n'est guéri. C'est au radium qu'il faut s'adresser, et le mieux serait d'insérer des aiguilles dans la tumeur elle-même, après l'avoir découverte au moyen de la résection ostéoplastique du maxillaire supérieur (méthode de Trotter). L'article se termine par un résumé de quelques observations personnelles et par une analyse critique de divers travaux sur le même sujet.

Raoul CAUSSÉ.

**A. Schuller. — L'examen du naso-pharynx surtout au point de vue de ses anomalies** (*Annals of Otology*, t. XXXVIII, n° 1).

Ce serait évidemment trop demander que de radiographier le crâne de chaque enfant destiné à l'adénopathie. Heureusement les accidents dus à des anomalies osseuses provenant soit de la base du crâne, soit de l'atlas sont rares. Nous avons analysé un cas d'adénopathie suivie de mort due à la persistance du canal cranio-pharyngé, et un cas autre où la curette assez vigoureuse a amputé une partie de l'atlas trop proéminent. Schuller nous rapporte aujourd'hui les trois anomalies suivantes.

Un enfant de 8 ans est sous la surveillance rhinologique depuis des années pour des troubles de la respiration. Une adénoïdectomie deux fois répétée n'a pas amélioré la situation. En conséquence, on rontgénise l'enfant et on trouve une hypercyphose de la base du crâne. Le cavum était pour ainsi dire occupé par la base du crâne. Il existait en même temps d'autres anomalies congénitales du crâne. Le malade a été de nouveau examiné à l'âge de 22 ans sans qu'il y ait eu un changement marqué dans l'état de son naso-pharynx.

Un garçon de 14 ans, atteint de crétinisme, présente une obstruction nasale. On pense bien aux adénoïdes, mais auparavant on veut s'assurer de l'existence d'une méningocèle possible. A la radioscopie on découvre comme dans le cas précédent une cyphose de la base du crâne. Le radiologiste croit pouvoir nier l'existence des végétations adénoïdes et affirme la non existence d'un canal cranio-pharyngé. Sur les instances du médecin, on essaye une adénotomie. On ramène quelques adénoïdes de la région des trompes. Le naso-pharynx était tellement étroit que seule une toute petite curette pouvait être introduite.

Enfin dans un troisième cas est décrite une anomalie exceptionnelle concernant l'atrophie congénitale de la première vertèbre cervicale. Le malade avait l'habitude de porter sa tête fortement en arrière de sorte qu'elle paraissait logée entre les épaules et l'occiput touchant presque le dos. Depuis quelque temps le malade se plaint d'une céphalée occipitale et de difficulté de parler et d'avalier. On voit sur le film que l'atlas est atrophié. La tête paraît tellement rejetée en arrière que les choanes sont en contact avec les vertèbres. Le naso-pharynx est pour ainsi dire complètement oblitéré. Rares également est le cas suivant. Un enfant de 2 ans  $1/4$  est atteint de dyspnée se manifestant surtout la nuit. La respiration est difficile et bruyante. Aux rayons X on voit que la base du crâne est très déformée. La base de la fosse cérébrale moyenne paraît nettement au-dessous de la lame criblée. En conséquence, le toit du naso-pharynx se trouve sur la même ligne que le palais. Pendant le sommeil le voile se couchant sur le toit du pharynx oblitére complètement le passage de l'air.

LAUTMAN.

**Seiffert. — Ligature de la maxillaire interne, (Z. Hals usw. Heilk. t. XXII, n° 3).**

A ce qu'il paraît les indications pour cette ligature ne sont pas exceptionnelles. Seiffert a eu occasion d'exécuter cette ligature surtout dans les cas d'épistaxis qui provenaient d'une branche terminale de la maxillaire interne qui ne pouvaient pas être arrêtés par un tamponnement méthodique. On a l'habitude dans ces cas de recourir à la ligature de la carotide externe. Mais le résultat n'est pas toujours certain à cause des nombreuses anastomoses. La technique que recommande Seiffert est la suivante : Ouverture du sinus maxillaire comme pour un Caldwell-Luc, brèche dans la paroi postérieure du sinus, section prudente du périoste et préparation prudente du tissu adipeux. L'artère qui est dans la proximité de la paroi postérieure du sinus est facile à voir ou à palper. On l'accroche et on la ligature. Après la ligature on fait une ouverture large dans le méat inférieur pour établir un bon drainage. S. n'a jamais eu d'accidents avec cette méthode qui est préférable à celle par voie externe.

LAUTMAN.

## AMYGDALES

**Laemmle, Hermann. — Erysipèle après énucléation des amygdales (Arch. f. Ohren, etc., vol CXXIII, n° 1-2, pages 130-132, 1929).**

L'érysipèle primitif de la muqueuse des voies respiratoires supérieures n'est pas d'observation fréquente. Il n'a été observé que dans des cas tout à fait rares, à la suite d'amygdalectomies ou d'adénotomies.

L'a. signale le cas d'une femme de 21 ans, atteinte d'amygdalite chronique avec angines fréquentes. L'énucléation des amygdales fut pratiquée sous anesthésie locale. Petite hémorragie sous-muqueuse, à la suite de la piqûre de la partie supérieure du pilier antérieur gauche. Énucléation à l'aide d'une spatule et du serre-nœuds, sans incidents.

Le lendemain de l'opération, gros œdème de la luette, injection intraveineuse de 10 cc. de chlorure de calcium. Sept jours après l'opération, ascension de la température à 39°3, frissons, vomissements ; tout le voile du palais est de coloration rouge sombre. Le 9<sup>e</sup> jour, toute la cavité buccale est rougie à l'exception de la muqueuse jugale — 50 cc. de sérum antistreptococcique par la bouche. Le 14<sup>e</sup> jour, la température remonte subitement à 40°

Apparition d'une plaque rouge et tuméfiée en forme de papillon, à bords nets, autour de la bouche, qui s'étend durant 3 jours sur toute la face et le cuir chevelu, en même temps que les lésions buccales disparaissent. Herpès labial. Disparition progressive de l'érysipèle en 6 jours. Les loges amygdaliennes se sont nettoyées.

L'a. admet que les streptocoques, probablement présents dans les cryptes, se sont trouvés transportés dans la plaie lors de l'opération, et ont produit l'érysipèle.

Il a pu observer un 2<sup>e</sup> cas d'érysipèle de la muqueuse après énucléation des amygdales.

Une femme de 26 ans fut opérée des amygdales en anesthésie locale, à cause d'une hypertrophie consécutive à une angine de Vincent. Le 2<sup>e</sup> jour, œdème de la luette, température 37°6 ; le lendemain augmentation de l'œdème, avec forte rougeur et dysphagie, température 38°8. Le 5<sup>e</sup> jour, les fausses membranes dans les loges amygdaliennes se sont partiellement éliminées. Sur une largeur de 2 centimètres à partir du bord des piliers, la luette et le voile du palais présentent une rougeur intense avec tuméfaction à bords nets, guérison en 5 jours.

Des cas comme ce dernier ne sont certainement pas toujours diagnostiqués, surtout si le frisson du début manque.

A. KLOTZ.

**J. Tarneaud. — Traitement des hémorragies consécutives aux opérations amygdaliennes. La Clinique, mars 1919 (B), p. 107-111.**

Cet article constitue une excellente revue générale de la question. L'auteur commence par étudier les causes des amygdalorhagies post-opératoires ; il insiste, à juste titre, sur ce fait que toutes les méthodes d'exérèse tonsillaire sont dangereuses : aucun procédé, aucun instrument, pour si bonne que soit sa conception, ne saurait constituer une assurance certaine contre les accidents hémorragiques. Nous l'avons souvent écrit nous-mêmes, un opportunisme instrumental judicieux, mis au service d'un sens clinique avisé, constitue peut-être la meilleure garantie contre ces complications.

De celles-ci, T. donne une classification logique : hémorragies immédiates, hémorragies retardées, hémorragies secondaires. Puis, il énumère des principes judicieux de médication prophylactique ; nous retiendrons surtout la technique très simple dont il conseille l'emploi pour rechercher extemporanément l'hémophilie (détermination du temps de saignement, du temps de coagulation).

Envisageant ensuite le traitement de l'hémorragie déclarée, il indique d'abord les principales médications générales, retenant surtout l'emploi d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse et la transfusion du sang (dans les cas alarmants, bien entendu). Il énumère ensuite les diverses modalités du traitement local et, à ce propos, insiste particulièrement sur la suture des piliers de la loge amygdalienne. On sait combien la suture des piliers suivie du tamponnement de la loge, pratiquée pour la première fois en France par Escat, est une excellente méthode d'hémostase. T. en décrit une technique personnelle qui est, à notre avis, très séduisante. Elle a, de plus, le grand mérite d'être simple et l'instrumentation imaginée par T. doit permettre sa réalisation rapide, même chez un malade agité et nerveux.

T. suture les piliers après toute amygdalectomie pratiquée chez l'adulte. Sans aller jusqu'à conseiller de réaliser systématiquement cette suture chez tous les sujets quels qu'ils soient, adultes ou enfants, il nous paraît que la technique de l'auteur, par sa facilité et sa rapidité d'exécution représente une contribution des plus heureuses au chapitre si complexe de l'hémostase amygdalienne.

André VIELA (de Toulouse).

**Erdelyi. — Sur le traitement opératoire de la péri-tonsillite (Monatsch. f. Ohrenheilk., t. LXII, n° 5).**

L'incision à travers le voile, au lieu dit d'élection de l'abcès péri-tonsillaire, réserve des surprises. La plus désagréable est certainement qu'elle peut rester inefficace. On n'a pas trouvé le pus. C'est en vain qu'on console le malade en lui disant qu'elle diminuera la tension et qu'elle aidera la perforation spontanée. Le malade reste après l'opération dans le même état qu'avant, sauf qu'il a une plaie de plus en bouche. Il n'est pas rare de rencontrer des malades qui ont subi deux ou trois incisions inutiles de cette façon et quand le laryngologiste les voit, il est souvent embarrassé de mieux faire. Ces ponctions de l'abcès ratent souvent quand le malade est à son deuxième ou troisième abcès, car alors les abcès ne se développent plus autour du pôle supérieur où les précédents abcès ont laissé des brides, mais bien en arrière ou latéralement, où par l'incision ils sont difficiles à découvrir. L'idée était en conséquence très simple d'aller à la découverte de ces abcès par la résection du pôle supérieur de l'amygdale. C'était en somme l'opération de Killian élargie. Bientôt on s'est aperçu qu'elle échouait aussi bien que la simple incision. C'était probablement Winkler qui le premier en 1911 a proposé de faire l'extirpation totale de l'amygdale pour vider sûrement ces abcès et supprimer du même coup la cause du mal. Peut-être a-t-il eu des prédécesseurs, mais toujours est-il que, depuis 1911 on trouve de nombreuses publications préconisant l'amygdalectomie comme procédé courant dans les cas d'abcès péri-tonsillaire. Erdelyi a exécuté l'extirpation totale de l'amygdale dans 43 cas d'abcès péri-tonsillaire. Son expérience sur cette question est donc du plus haut intérêt. Comme il n'a pas eu d'accidents, il considère l'opération comme exempte de dangers. C'est le point capital de la discussion. Si Erdelyi n'a pas eu d'accidents Siecher au contraire a eu deux cas de morts à déplorer, mais ces cas étaient pour ainsi dire des cas perdus parce que compliqués de septicémie. Mais étant donné que l'amygdalectomie est une opération non exempte de mortalité et entachée de morbidité, au moins dans la pratique du laryngologiste débutant, il nous paraît nécessaire de faire cette réserve. En ce qui concerne le moment où l'opération doit être faite, il faut mieux la faire le plus tôt possible et ne pas attendre que l'abcès se soit bien développé. Non seulement on évite au malade des journées de souffrances atroces, mais on l'opère aussi à une époque où il est encore très résistant. L'argument principal nous semble être aussi d'éviter le danger qui menace chaque abcès péri-tonsillaire profond laissé à son évolution spontanée. On connaît maintenant les complications méningées, les thromboses des sinus caverneux à travers le plexus veineux, pharyngien ; on connaît les abcès du larynx et les médiastinites par fusion de l'abcès et on connaît surtout les septicopyémies par thrombose des petites veines amygdaliennes. Quant à la technique, on a préconisé l'anesthésie générale. Erdelyi la rejette. Son avantage de vaincre le trismus est trop chèrement acheté par les complications pulmonaires post-opératoires. Erdelyi opère toujours sous anesthésie locale, qui suffit pour vaincre le trismus. Certes l'opération est plus douloureuse en période d'abcès que sur l'amygdalite trifidie. Par crainte de l'infection, Erdelyi se contente d'anesthésier simplement les piliers, mais aussitôt que l'abcès a été visé, la sensibilité diminue. Comme dans ces cas les deux amygdales ont besoin d'être enlevées, Erdelyi fait l'extirpation totale de l'autre amygdale, même si elle n'est pas enflammée, dans la même séance. Il lui est arrivé deux fois de tomber ainsi sur un abcès profond, de la taille d'une noisette qui ne s'était nullement manifesté. Pour ceux qui ne partagent pas son point de vue radical, Erdelyi établit les indications suivantes pour l'extirpation totale de l'amygdale au cours d'un abcès péri-tonsillaire... Elle est indiquée si malgré l'incision le pus n'a pas été découvert, ou si l'abcès se vide incomplètement, si les bords de l'incision se ferment après l'incision et si le symptôme de l'abcès continue. Avant Erdelyi, on avait déjà conseillé l'extirpation

totale de l'amygdale si après le drainage complet du pus les grands symptômes continuaient, et surtout si une des graves complications mentionnées plus haut s'installait. Il n'est pas exceptionnel de voir la simple incision de l'abcès être suivie d'une hémorragie profuse, difficile à arrêter ayant même nécessité la ligature de la carotide. Dans ces cas l'extirpation totale de l'amygdale est le meilleur moyen pour arrêter l'hémorragie. D'autres indications peuvent être considérées comme relatives. Le malade vient nous trouver non pas entre les poussées d'amygdalite, mais pendant une poussée. Tous les laryngologistes connaissent ces cas où avec la répétition des amygdalites, des abcès ne se forment plus, mais où après quelques jours de maladie la poussée à l'air d'avorter. Il n'est pas rare que le malade lui-même demande dans ces cas une suppression radicale de ses ennuis.

La comparaison que fait Erdelyi entre l'appendicite et la péri-amygdalite ne lui donne pas entièrement raison. Dans l'appendicite aiguë la résolution spontanée est la norme et la perforation l'exception. Dans la péritonsillite c'est le contraire. Si nous opérons l'appendicite à chaud, au moins dans les premières 24 heures, nous évitons au malade tout danger et tout au moins un long séjour au lit. Si au contraire nous opérons le malade par l'extirpation totale de l'amygdale pendant l'attaque, nous augmentons non seulement la durée de sa maladie, mais malgré la brillante statistique de Erdelyi, les risques. L'incision de l'abcès péritonsillaire gardera, malgré ces inconvénients, ses partisans. Une autre comparaison nous paraît plus proche c'est celle avec l'otite suppurée aiguë. Vaut-il mieux faire la paracentèse ou recourir de suite à l'antrotomie.

LAUTMAN.

**Christoforidis. — Le traitement des tumeurs de l'amygdale par les rayons X** (*Z. Hals usw. Heilk.*, t. XXII, n° 5).

Il nous semble qu'en dehors du cancer de l'œsophage, il n'existe pas de tumeurs malignes d'un aussi mauvais pronostic que celles de l'amygdale. Du reste les malades se présentent si tard à l'examen que quand nous faisons le diagnostic clinique de ces tumeurs nous portons aussi dans la grande majorité des cas un arrêt de mort qui, pour les cancers va à quelques mois et pour les sarcomes un peu plus loin. Le pronostic est peu influencé par notre thérapeutique. Les grands espoirs que la radio et la rontgénéthérapie ont éveillés se sont lentement évanouis. Il y a bien le cas de Molyneux qui a été traité par le radium pendant 8 ans sans récidive. Baldenweck et Paret ont également suivi un malade d'épithélioma de l'amygdale qui 3 ans après de fortes doses de rayons X est resté sans récidive, mais l'expérience de Killian, Denker, Hinsberg est qu'après des semblants de guérison la récidive est rapide et mortelle.

Cette mauvaise impression n'est pas détruite par la dernière communication de Coutard (*Annales*, 1929, n° 5) qui comprend 46 cas soignés par les rayons X à l'Institut de radium de Paris. Coutard sur 46 malades compte comme succès 12 patients qui sont actuellement indemnes de cancer avec survie comprise entre 18 mois et 2 ans au minimum. ce qui lui donne un succès global de 26 %. Aussi triste qu'elle soit, cette statistique est la plus brillante jusqu'à présent connue, si on tient compte du nombre relativement grand des malades traités.

Quant à la série soignée à la clinique de Payr, et que publie Christoforidis, elle est loin d'être aussi brillante. Entre 1919 et 1927, on a traité par l'actinothérapie dans le service du prof. Payr, 30 tumeurs de l'amygdale concernant à peu près 15 sarcomes et 12 carcinomes. Les résultats paraissent décourageants puisque la survie depuis le début du traitement n'a pas dépassé 6 mois en général. Il y a bien eu un cas de sarcome qui est resté sans récidive 5 ans à peu près. Chez un autre 21 mois après l'irradiation il n'y a pas eu de récidive.



Quant au traitement sanglant, il est si mauvais et si rarement indiqué que les chirurgiens n'aiment plus s'attaquer à ces tumeurs. Ainsi dans la statistique de Schumacher sur 53 carcinomes de l'amygdale, 22 étaient inopérables au moment où ils se sont présentés pour la première fois. Sur les 31 cas opérés la mortalité immédiate a été de 22 % et seulement 2 des cas opérés ont pu être considérés comme guéris. La survie moyenne est de 17 mois.

Dernièrement l'introduction de l'électrocoagulation dans le traitement de ces tumeurs semble avoir modifié l'état des choses. Les quelques rares laryngologistes qui ont une expérience dépassant les cas isolés prétendent avoir obtenu des guérisons et des survies remarquables par une combinaison de l'extirpation de la tumeur et des ganglions par l'électrocoagulation et une irradiation intense après cicatrisation. Même dans les tumeurs inopérables, Dan Mackenzie préconise un procédé spécial (voir les analyses) destiné à rendre moins pénible la survie aux malades et capable même de la prolonger.

LAUTMAN.

## DENTS

**Maranon. — Trois cas de fièvre à point de départ dentaire** (*Annales de la acad. med. quirurg espanola*, volume XIV, pp. 264-271, 1927).

L'a. rapporte trois cas intéressants de fièvre à point de départ dentaire, ayant été traités longtemps avec un diagnostic différent.

1<sup>er</sup> cas : Un médecin de 37 ans traitait depuis ses années d'étude, par de la quinine, une fièvre paludéenne, diagnostiquée par un clinicien réputé. A la longue, il finit par être frappé par le fait que chaque accès fébrile s'accompagnait de douleurs dans le maxillaire inférieur ; il était de plus, atteint depuis sa jeunesse de pyorrhée alvéolaire. Lors d'une radioscopie thoracique on incrimina comme cause de la fièvre une hypertrophie des ganglions lymphatiques. La radiographie dentaire, pratiquée par l'a. permet de reconnaître des foyers apicaux au niveau de 6 dents. Depuis l'extraction de ces dents, datant de 4 ans la fièvre a complètement disparu.

2<sup>e</sup> cas : Homme de 47 ans de constitution faible ; accès de « grippe fréquente », avec sensation de faiblesse et d'inaptitude au travail, fièvre avec frissons, avec température vespérale de 38 à 39°, ressemblant à de la fièvre typhoïde. La radiographie montra des lésions des racines au niveau de 18 dents, sans que le malade n'ait jamais remarqué aucun symptôme attirant l'attention de ce côté. La fièvre persistant, on se décida à l'extraction de toutes les dents malades. Cette intervention fut suivie d'une forte poussée de température ; celle-ci redevint et resta normale après 10 jours. 5 mois après l'extraction le malade avait augmenté de 13 kilogs, l'état général était très amélioré, une cylindrurie ayant existé auparavant avait complètement disparu.

3<sup>e</sup> cas : Femme de médecin, âgée de 25 ans, névralgies dentaires violentes au cours de sa première grossesse. Ascension vespérale de la température, 0,9. Plusieurs médecins songèrent à un début de tuberculose quoique la radioscopie thoracique ait été entièrement négative. Un jour la malade remarqua une tuméfaction au niveau de son maxillaire supérieur, sans aucune douleur. La radiographie dentaire décela encore 3 autres foyers apicaux. Extraction des dents, suivie d'une forte poussée de température après cela celle-ci redevint définitivement normale.

Dans la discussion, Landete souligne la nécessité d'une disposition spéciale, lymphatique par exemple, pour qu'une réaction générale de l'organisme survienne à la suite de foyers apicaux ostéomyélitiques, ce qui explique la rareté de ces cas de fièvre par rapport à la fréquence des foyers apicaux. La radiographie ne peut donner aucune indication con-

cernant la virulence de l'infection, vu qu'elle ne montre que l'étendue de la raréfaction osseuse, d'où difficulté de diagnostic. Les foyers sont plus fréquents dans le maxillaire supérieur que dans l'inférieur, son tissu spongieux étant moins résistant. Aussi longtemps qu'il y a une possibilité de drainage (fistule) il n'y a pas de phénomènes généraux.

Porres signale un cas analogue à ceux présentés. Lopez a guéri également un « état grippal » avec fièvre chez une malade de 17 ans, par l'extraction d'une dent. Le fait que l'extraction de la dent malaque ne fait pas toujours disparaître la fièvre peut s'expliquer par la présence d'une maladie concomitante, une tuberculose latente par exemple, ou par l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux, qui, consécutive à la lésion dentaire, peut devenir elle-même un foyer d'infection autonome. En tous les cas, il y a lieu de toujours penser à une origine buccale dans le cas de « grippe » récidivante.

A. K.

**Durante, Avellanal, Ciro. — Troubles trophiques à point de départ dentaire (Rev. odontolog., 1928).**

Chez un homme de 24 ans apparut progressivement sans autres troubles, sur la face linguale du maxillaire inférieur gauche, à la hauteur de la première prémolaire, une tache blanche de la muqueuse. Le malade très pusillanime fut traité en de nombreux endroits, avec toutes les variétés d'irrigations, injections et cautérisations, avec pour résultat qu'au bout de 10 mois, il s'était formé une ulcération cratériforme d'un centimètre de diamètre. Dans le fond de cette ulcération, l'os sain se trouvait dénudé entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> prémolaire ainsi que la racine de la 1<sup>re</sup>. Malgré l'extraction de cette dent, l'ulcération ne guérit pas, mais au contraire gagna un peu en arrière, au niveau de la 1<sup>re</sup> molaire. Radiographie : rien d'anormal. Les dents de sagesse inférieures sont encore incluses. A l'examen bactériologique : une grande quantité de microbes variés. On pratique l'extraction de la 1<sup>re</sup> prémolaire et de la 1<sup>re</sup> molaire et une biopsie pour examen anatomo-pathologique : « Inflammation de la muqueuse buccale en voie d'ulcération, d'origine indéterminée ». Comme il n'y eut aucune amélioration, on refit des radiographies, en différentes incidences, et on put alors reconnaître que la dent de sagesse était placée presque en direction horizontale au contact du canal dentaire inférieur.

Après extraction de cette dent et curettage du tissu osseux ramolli qui l'entourait, le malade guérit complètement en 30 jours. Il s'était donc agi d'un trouble trophique à la suite de compression du nerf dentaire inférieur par la dent de sagesse en position vicieuse.

A. K.

**P. Jacques. — Odontome suppuré et fistulisé du maxillaire inférieur (Revue méd. de l'Est., 1<sup>er</sup> avril 1929).**

Un malade de 22 ans, atteint de tuméfaction du maxillaire inférieur puis de la joue, depuis 7 ans, vient consulter à l'hôpital. Au milieu du gonflement jugal se trouve une plaie à fond bourgeonnant.

La radiographie montre l'existence d'une cavité dans la mandibule.

Il s'agissait, non pas de sarcome, ni d'ostéomyélite chronique, mais d'un odontome ouvert, infecté et fistulisé.

L'opération est menée comme pour un kyste dentaire ordinaire, elle consiste dans l'exérèse de la tumeur intra-osseuse.

Les tumeurs bénignes odontogènes des maxillaires sont peu fréquentes, mal connues et à peine décrites dans les traités de pathologie externe. Or, la confusion avec les ostéosarcomes est la règle.

Des observations de ce genre ne peuvent qu'apporter un peu de clarté dans un chapitre bien obscur de la chirurgie du maxillaire.

G. COULET.

## **BOUCHE**

**Menegaux G. — Le traitement du cancer de la langue** (*Cron. med. mexic.* XXVIII, 5-16, 1929).

Au début de la maladie l'a. conseille le traitement chirurgical pur sous forme d'excision large de la lésion, soit suspecte soit sûrement néoplasique, vu que 55 % des cas peuvent être guéris à ce stade sans curage ganglionnaire, l'a. considère l'opération élargie comme superflue.

Dans les cas très avancés ou inopérables, le traitement par les radiations est la thérapeutique de choix. Il est plus difficile de déterminer la conduite à tenir pour les cancers d'étendue moyenne. L'a. conclut, d'une statistique de 100 cas que la thérapeutique par les rayons est supérieure à la chirurgie avec 33 % de guérison contre 24 %. Il faut cependant se souvenir que les récidives après irradiation sont bien plus rapide qu'après opération. Après celle-ci de nouvelles interventions peuvent encore obtenir un certain arrêt dans l'évolution.

A. K.

## **PHARYNX**

**Dan Mackenzie. — Le traitement du cancer du pharynx, larynx, et œsophage par la diathermie chirurgicale** (*Annals of otology*, t. XXXVIII, n° 1).

Pour convaincre, il faut avoir une forte dose d'optimisme. Avec cette restriction mentale, le lecteur pourra utiliser la technique de Mackenzie, surtout dans le traitement jusqu'à présent si peu réconfortant des cancers du carrefour aéro-digestif. Tant que nous n'avons pas un autre traitement que l'opération contre le cancer, l'électrocoagulation dans des cancers du pharynx constitue évidemment un progrès sur les méthodes sanglantes, parce que le chirurgien, manipulant très peu la tumeur avec ses doigts, ne devient pas innocent propagateur des parcelles de cancer dans l'organisme. L'électrocoagulation ferme sur son passage les lymphatiques et détruit les microbes infectés qui pullulent dans les cancers ouverts. Non seulement pour le traitement, mais après biopsie, il est indiqué de stériliser la plaie et de bloquer les lymphatiques par une application d'électrocoagulation. Du fait que l'opération est très souvent faite d'une façon exsangue, l'électrocoagulation a sur le bistouri aussi l'avantage d'inciter des opérateurs timorés plus facilement à l'opération. Quant à la technique spéciale, il nous semble très difficile de donner des règles puisque chaque cas en pratique posera ses indications spéciales. Quand on peut, on enlèvera la tumeur en entier, surtout si on manie facilement le bistouri électrique. Mais d'aussi bons résultats peuvent être obtenus par l'aiguille diathermique. On peut encore faire une sorte de circumvallation avec l'aiguille et extraire la tumeur en bloc ensuite, ou on peut coaguler couche par couche et enlever les couches coagulées avec une curette ordinaire (procédé déconseillé). La grave question est de savoir comment se comporter vis-à-vis des ganglions. Il y a des autorités comme Wythe de New-York qui ne voient aucune raison pour aller à la recherche des ganglions et des lymphatiques si

leur dureté à la palpation ne prouve pas qu'ils sont le siège d'un cancer secondaire. D'après Wyethe le gonflement des ganglions peut être dû à une infection surajoutée et disparaître après destruction de la tumeur. Mackenzie conseille absolument une éradication aussi complète que possible de tout le tissu lymphatique en rapport possible avec la tumeur. Mackenzie commence ses opérations par les ganglions et, par la même occasion, il ligature régulièrement l'artère carotide externe, pour diminuer non seulement les risques d'une hémorragie pendant l'opération, mais encore et surtout dans la période post-opératoire quand les escarres se détachent. Toute cette partie opératoire, Mackenzie l'a fait avec le bistouri ordinaire. Mais il ajoute qu'on peut faire cette opération aussi par l'électrocoagulation avec l'aiguille monopolaire de Wyethe ou comme les progrès de la technique le permettront indubitablement avec le couteau diathermique. Après ablation des glandes et lymphatiques, Mackenzie ponctionne plusieurs fois avec l'aiguille diathermique le tissu qui se trouve au-dessous de l'angle maxillaire. Le but est de supprimer définitivement la communication lymphatique entre tumeur et région ganglionnaire du cou. A la suite de ce traitement diathermique il s'établit une sécrétion séreuse pendant les jours suivants, ce qui nécessite un large drainage de la plaie diathermique. On peut ajouter de suite l'éradication de la tumeur, mais comme on a généralement affaire à des malades fatigués on peut remettre l'opération à quelques jours de là. Quelle qu'ait été la façon d'opérer la tumeur, il faut toujours terminer par une coagulation de tout le champ opératoire à l'aide d'une électrode en boule pour désinfecter et pour ainsi dire sceller le champ opératoire.

On est frappé dans le traitement post-opératoire de l'absence de douleurs et de choc au moins dans la majorité des cas. La température monte régulièrement à 38 ou à 39 dans les premières 24 heures. Mais comme il n'y a pas d'infection secondaire, la température tombe dès le deuxième jour. La plaie buccale est seringuée ce qui suffit pour enlever les parties nécrotiques. Si une partie nécrosée irrite par sa masse, il faut l'enlever prudemment avec une pince coupante ou des ciseaux, en évitant toute manœuvre brutale de détergeage par exemple. Après une quinzaine on voit la plaie couverte par une mince couche blanchâtre sous laquelle se fait l'épithélisation dans les 4 ou 5 semaines suivantes. Mais cette épithélisation à son tour est suivie de la formation d'un tissu cicatriciel qui quelquefois peut complètement sténoser l'isthme et fixer la langue avec le voisinage. Jusqu'à présent les opérateurs ont tous vanté la souplesse des cicatrices après l'électrocoagulation. En somme les ennuis et les inconvénients sont certainement beaucoup moins prononcés après la coagulation qu'après les opérations sanglantes.

Nous avons eu en vue jusqu'à présent le cancer du pharynx. Quant au cancer de la langue Mackenzie ne se prononce pas. On sait qu'il y a des fervents du radium pour lesquels, quelles que soient l'étendue et la nature du cancer de la langue, le radium constitue le seul moyen à opposer.

Quand par la laryngofissure on peut enlever radicalement le cancer du larynx, même le plus chaud enthousiaste de diathermie hésitera, d'après Mackenzie à employer la diathermie parce que, à la suite de la coagulation, le cartilage thyroïde peut se nécroser, et parce que dans la période post-opératoire l'aspiration d'un tissu nécrosé peut occasionner une broncho-pneumonie. Néanmoins après avoir excisé la tumeur au bistouri, Mackenzie conseille tout de même de terminer par une coagulation de la plaie opératoire pour sceller les vaisseaux lymphatiques. Il eut été intéressant de savoir ce que Mackenzie pense de la laryngectomie totale ou partielle par la diathermie. Il mentionne seulement que Wyethe dans ces conditions recommande l'emploi de son aiguille de préférence sur le couteau diathermique quand il s'agit de séparer le larynx du pharynx. Quand après une opération heureuse le malade est débarrassé de sa tumeur, il doit néanmoins se présenter pendant toute sa vie à l'examen du laryngologiste, car un début de récidence peut facilement être

arrêté par une électro-coagulation. La récidive du cancer du larynx apparemment guéri peut se faire même après 5 ans.

Il est un cancer du larynx dont il vaut mieux parler quand on parle du cancer inopérable. C'est celui de la région postérieure du cricoïde. Quant au cancer de l'œsophage, Mackenzie n'en parle pas tant qu'il traite du cancer opérable. Hasard ou intention. Toujours est-il qu'opérable ou non jusqu'à présent Moscher n'a jamais vu guérir un cancer de l'œsophage. C'est peut-être aussi l'opinion de Dan Mackenzie.

Mais c'est surtout quand il s'agit de cancer inopérable, que l'électro-coagulation trouve, d'après l'expérience de *Dan Mackenzie*, un utile emploi. Il faut l'avouer, à l'heure actuelle encore le nombre des cas opérables vis-à-vis de ceux qu'on peut considérer comme inattaquables au bistouri est de 1 à 4. Si le praticien ne perdait pas trop de temps précieux à soigner des infiltrations du pharynx, des ulcérations douteuses, il y aurait moins de cas de néoplasmes malins trop avancés. C'est surtout vrai pour la clientèle hospitalière où l'indolence du malade ajoute encore son facteur spécial. Sur les 12 cas que rapporte Mackenzie de cancer opérable, 10 appartenaient à sa clientèle privée dont deux médecins. En même temps, 50 cas de cancer inopérable ont été suivis par Dan Mackenzie et sur ces 50, 5 seulement appartenaient à la clientèle privée. Évidemment sur la question de l'opérabilité d'un cancer les chirurgiens ne seront pas toujours d'accord. Qu'on se rappelle les formidables opérations exécutées par Gluck et Sørensen pour trouver tout de même trop limitées les indications suivantes de l'inopérabilité données par Mackenzie : 1° le cancer a pénétré trop profondément dans la base de la langue ; 2° le cancer est devenu adhérent, a infiltré non seulement la vertèbre, mais aussi le voile et le maxillaire ; 3° Il s'est établi dans la fosse glosso-épiglottique ; 4° Il occupe une étendue trop vaste dans la fosse hyoïde, dans l'entrée du larynx ; 5° les glandes cervicales sont manifestement prises ; 6° le cancer est localisé dans l'œsophage.

Si Mackenzie voit dans ces localisations des contre-indications pour l'intervention sanglante, il n'en est pas de même quand il s'agit de l'électrocoagulation. Ici est vraiment la partie la plus originale du travail de Mackenzie. On peut faire beaucoup de bien dans ces cas désespérés, prolonger la vie des malades d'une façon supportable pour eux, leur éviter des souffrances et une cachexie prolongée. Il nous paraît particulièrement intéressant de rapporter ce que Mackenzie dit à propos du traitement des glandes infiltrées par le carcinome. Il est inutile de les exposer largement dans ces cas si graves. On fait une petite ouverture à travers la peau jusqu'à ce que on soit tout près de la masse glandulaire. On dirige l'aiguille diathermique dans différentes directions de cette masse. On exécute en somme des pointes d'électrocoagulation profonde dans la masse cancéreuse. La petite plaie d'incision peut être suturée sans drainage. Quand les masses ganglionnaires sont sur le point de se transformer en abcès ouvert, il est évident que cette electropuncture n'est pas indiquée.

Quant au cancer lui-même dans ces formes si avancées, il constitue une source d'infection septique constante et une source de douleurs. La septicémie et la douleur tuent la malade, on dit en un ou deux ans et d'après Mackenzie en 6 mois. Par l'électrocoagulation on peut retarder cette marche fatale du cancer.

Si on attaque avec l'électrocoagulation à une tumeur inopérable *a priori*, il faut se rendre compte si on peut avec l'électrode atteindre tous les points de la tumeur. Le but de la coagulation est précisément de couvrir la tumeur par une carapace de tissu coagulé au-dessous de laquelle toute la partie de la tumeur est stérilisée. Ainsi Mackenzie espère pouvoir fermer la porte d'entrée à la septicémie. Il ajoute aussi une importance à la dentition. Il a remarqué que chez des individus complètement édentés le cancer avait une marche particulièrement lente et relativement inoffensive. Il croit que nous devrions nous

inspirer de ces faits et faire enlever toutes les dents aux malades atteints de cancer du carrefour aéro-digestif.

On coagule la tumeur avec une électrode mousse ou terminée par une petite boule. On enlève à la curette la première couche coagulée, et on continue ensuite. Cette méthode peu recommandable dans les cancers opérables est la seule possible dans les cancers inopérables. Si on craint d'ensemencer par le curetage des cellules de cancer, on peut se servir d'une curette-électrode qui permet de cureter pendant que le courant passe. Il ne faut pas craindre la destruction de l'os sous-jacent pendant la coagulation. Un séquestre va se détacher et s'exfolier avec le temps.

On peut à la suite d'une telle séance voir le malade soulagé pendant 4 à 6 semaines, ensuite les symptômes reviennent. On fait une nouvelle séance qu'on sera peut-être appelé à répéter plusieurs fois encore. Dans un cas contenant un médecin Mackenzie a arrêté la marche d'un cancer inopérable du pharynx pendant 2 ans  $1/2$ , pendant lesquels le confrère a pu exercer. Il s'agissait d'un médecin de 58 ans atteint d'un épithélioma de l'amygdale droite ayant envahi le pilier antérieur, la langue, le plancher de la bouche et le maxillaire inférieur. Le 13 juin 1925 Dan Mackenzie enlève les ganglions, le 16 juin il coagule autant qu'il peut de la tumeur sans s'occuper du maxillaire inférieur sous-jacent. En septembre, toute la plaie paraît cicatrisée, le maxillaire est dénuée. En décembre la partie alvéolaire se détache en séquestres. Récidive de la langue qui est traitée par l'électropuncture. Vers le milieu de décembre 1927 on découvre une récidive au cardia à laquelle le malade succombe.

La localisation du cancer joue un très grand rôle, la difficulté d'approcher ces tumeurs et de les coaguler convenablement rend pour le moment très précaire les chances d'améliorer la situation des malheureux atteints de cancer très étendu du laryngo-pharynx, et surtout de la partie postérieure de la région cricoïdienne. Même dans le cancer inopérable du larynx, Dan Mackenzie, a été intimidé par la crainte de périchondrite consécutive à l'électrocoagulation. Sous ce rapport les expériences d'autres chirurgiens nous ont montré la bénignité relative des suites après électrocoagulation très étendue du cancer du larynx. A juger d'après les expériences de quelques rares auteurs, qui se sont attaqués à cette formidable maladie qu'est le cancer inopérable du larynx, des essais devraient être entrepris avec cette nouvelle méthode.

Nous avons actuellement de puissants moyens physiques à notre disposition pour la destruction du cancer. Seul le laryngologiste qui a l'habitude de soigner ces cas pourra faire un choix entre le radium, les rayons X et l'électrocoagulation, soit en les employant seul soit en les employant concurremment. Mais quand on songe à ce qui se passe ailleurs comme par exemple dans le cancer du sein qu'on reconnaît aujourd'hui relativement tôt et où le chirurgien enlève avec le cancer toute la région lymphatique dépendante et qu'après une période d'une santé parfaite se fait une récidive éloignée comme par exemple dans une vertèbre, on se demande si une intervention locale, aussi radicale qu'elle soit, sera suffisante pour empêché les malades de mourir de cancer.

LAUTMAN.

---

*Le Gérant : Bussière.*



